

DES
ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

considérées comme causes
DE
PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BOUQUET DE JOLINIÈRE

Né le 27 Août 1872, à Issoudun (Indre)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1896

DES
ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

considérées comme causes

DE

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI BOUQUET DE JOLINIÈRE

Né le 27 Août 1872, à Issoudun (Indre)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNÉ.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET.	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUX.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LAROYENNE, Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur; MM. GANGOLPHE et CONDAMIN Agrég.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE
le Colonel B. de Jolinière
Officier de la Légion d'Honneur.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR HELENE

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

A MON BEAU-FRÈRE, LE D^r G. SURBLED

A MON MEILLEUR AMI
Léon Bellin

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

Chirurgien en Chef de la Charité

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

A MES CHEFS

de l'École du Service de Santé Militaire

Avant d'entreprendre ce modeste travail, nous tenons à en faire hommage à M. le professeur agrégé Condamin, qui nous l'a inspiré, et qui nous a éclairé de ses conseils pour nous aider à le mener à bonne fin. Depuis le début de notre séjour à Lyon, ce maître bienveillant n'a pas cessé de nous donner des marques de sympathie, et nous a toujours fait l'accueil le plus favorable. Nous lui témoignons toute notre reconnaissance.

M. le professeur Laroyenne a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous ressentons vivement l'honneur qu'il nous a fait, et nous lui adressons l'expression de notre profonde gratitude.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Roux, qui s'est intéressé à nous dans une circonstance difficile.

M. le Dr Bouveret a eu l'amabilité de nous communiquer une observation ; nous le prions d'agréer nos vifs remerciements.

Que nos Maîtres des Hôpitaux de Lyon, et nos Chefs

de l'Ecole du Service de Santé militaire, en particulier ceux qui nous ont initié aux premières notions de clinique durant notre stage à l'hôpital Desgenettes, reçoivent l'assurance de notre gratitude et de notre respect.

Nous sommes heureux d'adresser l'expression de nos sentiments les plus sincères à M. le D^r Wehlin, qui, depuis le commencement de nos études médicales s'est plu à nous guider de ses conseils, à s'intéresser à tous nos efforts, à nous traiter en ami. Nous ne saurions assez le remercier de sa bienveillance toujours grande à notre égard.

Merci à tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont témoigné quelque intérêt ou quelque affection, à nos camarades d'École parmi lesquels nous avons trouvé d'excellents amis ; merci, tout spécialement, à notre camarade le D^r Faideau qui nous a aidé dans notre tâche en mettant si aimablement à notre disposition sa connaissance approfondie de la langue anglaise.

INTRODUCTION

Il existe, chez les femmes, consécutivement à des lésions inflammatoires de l'utérus ou des annexes, un ensemble de symptômes douloureux qui sont manifestement liés à l'existence d'adhérences péritonéales, comme le prouve surabondamment dans un grand nombre de cas la laparotomie qui fait découvrir les annexes complètement guéries de l'affection primitive, mais plus ou moins unies soit entre elles, soit aux parties voisines, par des adhérences après la libération desquelles les phénomènes douloureux disparaissent. C'est le cul-de-sac de Douglas qui est le siège le plus fréquent de telles lésions ; à la suite de la paramétrite postérieure, la cavité de Douglas est sillonnée de brides filamenteuses ou épaisses, qui ont pour effet de produire chez les malades des douleurs quelquefois intolérables, créant une véritable infirmité.

Par analogie avec ces faits, récemment étudiés par un de nos camarades dans sa thèse inaugurale¹, M. le professeur agrégé Condamin, nous donna l'idée de rechercher si, les adhérences du péritoine enveloppant les autres viscères abdominaux, l'appareil gastro-intestinal et ses dépendances, adhérences consécutives aussi à des inflammations antérieures, ne pouvaient pas être la cause de phénomènes douloureux, une fois la lésion primitive totalement disparue.

Le but de notre travail n'est donc pas de faire une étude complète des adhérences péritonéales. Et d'abord, nous laisserons de côté les organes génitaux internes de la femme, pour nous occuper exclusivement des viscères digestifs; mais, en outre, il est nécessaire d'établir une distinction importante : L'étude des phénomènes douloureux provoqués par les adhérences du péritoine n'est pas celle des accidents qui peuvent être la conséquence de ces adhérences, accidents tels que l'occlusion intestinale par étranglement, par exemple, ou la rétention biliaire par oblitération du col de la vésicule ou des canaux sous l'influence d'adhérences qui enserrant ces derniers. Tous ces faits sont assez anciennement connus et ont été étudiés.

La possibilité d'étranglement de l'intestin par une bride péritonéale ou épiploïque, étranglement d'où résultent des symptômes aigus d'obstruction est un fait qui n'est plus

¹ Hussenstein, *De la Douglassite essentielle*, th. de Lyon, 1895.

douteux, de même que les cas d'adhérences produisant une rétention biliaire et ses conséquences, transformation purulente du contenu de la vésicule, etc..., ou les cas d'adhérences du pylore amenant un rétrécissement accentué de cet orifice, ont été maintes fois signalés. Dans ces conditions, il ne s'agit plus seulement de phénomènes douloureux, et les symptômes résultent non des adhérences elles-mêmes, mais de l'occlusion intestinale, ou de la rétention biliaire, ou de la sténose pylorique, accidents que bien des causes, tout autres que des adhérences, peuvent également produire ; l'occlusion intestinale par étranglement peut être causée par un diverticule intestinal, la rétention biliaire peut être sous la dépendance de l'arrêt d'un calcul dans le cholédoque ; la sténose pylorique est le résultat fréquent d'une cicatrice d'ulcère ou d'un néoplasme.

Tout à fait indépendamment de tels accidents, des phénomènes douloureux peuvent prendre naissance sous l'influence des adhérences péritonéales, sans qu'il soit besoin pour les expliquer d'admettre une rétention de la bile dans la vésicule, une sténose du pylore, ou un étranglement de l'intestin. De simples adhérences des parois stomacales, soit aux organes voisins, soit au péritoine pariétal, adhérences quelquefois localisées à la région pylorique, mais n'amenant qu'un léger degré de sténose parfaitement compatible avec le passage des aliments, — des adhérences des anses intestinales soit entre elles, soit

à l'épiploon, soit aux parois abdominales, mais ne produisant qu'un rétrécissement de l'intestin insuffisant pour arrêter le cours des matières, c'est-à-dire pour causer une obstruction intestinale, — des adhérences de la vésicule biliaire, n'entravant pas directement l'évacuation normale de la bile et son passage dans les canaux, — suffisent pour provoquer l'apparition de phénomènes douloureux parfois assez intenses pour troubler l'existence des malades et les amener à la morphinomanie. Ces phénomènes douloureux, disons le tout de suite, sont de deux sortes : les uns résultent immédiatement des adhérences par les tiraillements incessants auxquels est soumis l'organe intéressé ; les autres s'expliquent par le trouble apporté dans le fonctionnement normal de l'organe, fonctionnement qui est entravé plus ou moins ; ce sont, par exemple, les coliques intestinales que nous verrons se produire dans les cas où une anse est adhérente à une partie voisine, même sans qu'il y ait véritablement diminution du calibre de l'intestin.

Ces phénomènes douloureux ne semblent pas *a priori* d'une gravité exceptionnelle ; comme, dans les conditions où ils prennent naissance, il n'y a que gêne et non entrave complète des fonctions digestives, il ne semble pas au premier abord qu'ils soient nécessairement associés à un état général grave. Il est certain en effet que, dans bien des cas, ils constituent pendant longtemps les seuls symptômes ; mais, de la perturbation constante du fonctionnement nor-

mal du viscère, il résulte un certain nombre de troubles fonctionnels s'établissant peu à peu, et même parfois de véritables altérations secondaires de ce viscère, telles que pour l'estomac la dilatation et le catarrhe; la santé du malade s'altère progressivement, et celui-ci par dénutrition générale peut arriver à la cachexie. D'autres fois, dans les cas d'adhérences de l'intestin par exemple, des complications graves sont à craindre; une occlusion intestinale peut se produire, brusque, inopinée, mortelle si l'on n'intervient pas.

C'est à l'étude de tels faits, moins connus et surtout moins étudiés que les premiers, que nous limiterons notre sujet. Comme notre titre l'indique, nous avons en vue plus particulièrement les phénomènes douloureux, mais nous serons amené à envisager aussi pour chaque organe les troubles fonctionnels concomitants, ou les complications possibles.

Les observations que nous avons pu recueillir dans les diverses littératures médicales concernent trois organes importants : l'estomac, l'intestin (intestin grêle et côlon), et la vésicule biliaire. Nous étudierons chacun d'eux successivement. Nous essaierons autant que possible de décrire et d'expliquer les différents symptômes, en quelque sorte chroniques, auxquels les adhérences donnent lieu, symptômes intéressants à plus d'un titre, notamment parce que ne présentant rien de bien caractéristique, ils peuvent être mis sur le compte d'affections de l'estomac

ou de l'intestin, de dyspepsies rebelles, etc..., et que, dans la plupart des cas, la véritable cause peut rester insoupçonnée. Aussi se contente-t-on d'un traitement médical qui reste infructueux, alors que l'on peut obtenir d'excellents résultats, comme nous le verrons, de l'intervention chirurgicale, laquelle est du reste, le plus souvent, le seul moyen thérapeutique rationnel.

Voici la division que nous adopterons :

Le premier Chapitre comprendra quelques considérations générales sur l'étiologie des adhérences, leurs variétés de forme et de siège.

Le Chapitre II sera consacré à l'étude des adhérences de l'estomac.

Le Chapitre III à l'étude des adhérences de l'intestin grêle et du côlon.

Le Chapitre IV, à celle des adhérences de la vésicule biliaire.

Dans les deux derniers chapitres, nous étudierons le diagnostic et le traitement.

DES ADHÉRENCES PÉRITONÉALES

considérées comme causes de

PHÉNOMÈNES DOULOUREUX

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales.

Etiologie des adhérences péritonéales.

Variétés de forme et de siège.

La facilité avec laquelle le péritoine réagit, dans tous les cas où une lésion inflammatoire ou néoplasique se produit dans les organes qu'il enveloppe, explique la très grande fréquence des adhérences que depuis longtemps les recherches anatomo-pathologiques, et plus récemment les nombreuses laparotomies y ont fait constater. Dans la séreuse péritonéale comme dans toutes les séreuses, il se produit nécessairement un retentissement du travail morbide développé en son voisinage ; il en résulte la série des phénomènes désignés depuis Hunter sous le nom d'inflammation adhésive : chute de l'épithélium, vascularisation, et production d'une fausse membrane laquelle s'organise en un tissu conjonctif qui soude plus ou moins intimement les deux feuillets.

Tous les processus inflammatoires, dans le domaine du tube gastro-intestinal et de ses dépendances, peuvent donc être la cause productrice d'adhérences, reliquats de péritonites chroniques localisées ; aussi ces adhérences sont-elles presque la règle à la suite des appendicites, des coliques hépatiques accompagnées d'irritation péritonéale, à la suite de l'ulcère de l'estomac ou du duodénum, ou dans le cancer. Elles ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde et la dysenterie.

Chez les femmes, il faut encore faire entrer en ligne de compte les diverses inflammations des organes génitaux internes. A. Jänicke (de Breslau ¹) prétend avoir constaté par un examen minutieux de l'abdomen chez 60 à 70 pour 100 des sujets examinés (femmes de vingt à quarante ans), la présence d'adhérences *intestinales* disséminées dans les diverses parties de la cavité abdominale, et les rapporte, dans 75 pour 100 des cas, à des phlegmasies ayant eu les organes génitaux pour point de départ.

Dans tous ces cas, les adhérences sont le résultat de poussées de péritonite localisée, à évolution plus ou moins chronique ; l'inflammation aiguë du péritoine, primitive ou secondaire, surtout l'inflammation généralisée en laisse aussi après elle ; la péritonite puerpérale en est une étiologie fréquente. Généralement elle produit surtout des adhérences pelviennes ; mais, fait intéressant à noter, on peut avoir aussi comme résultat de la péritonite puerpérale des adhérences s'étendant à des organes éloignés tels

¹ A. Jänicke, Des adhérences intestinales chroniques chez les femmes (XI^e Congrès international des sciences médicales tenu à Rome, mars-avril 1894 (*Semaine Médicale*.)

que la vésicule biliaire et le foie, et laissant ceux-ci attachés en permanence aux organes pelviens. (Voy. obs. XVI).

Dans la péritonite tuberculeuse, les adhérences sont la règle ; on trouve quelquefois, dans ce cas, toutes les anses intestinales absolument agglutinées, intimement soudées les unes aux autres, surtout dans la forme sèche.

Les adhérences péritonéales peuvent encore, consécutivement à des traumatismes de l'abdomen, se développer d'une façon insidieuse, sans phénomènes réactionnels appréciables. Nous en avons rencontré au cours de nos recherches bibliographiques, un cas intéressant ¹ dans lequel il s'agit d'un enfant chez qui, deux mois après un coup reçu sur le ventre, éclatent des signes de péritonite avec étranglement interne ; la laparotomie fait découvrir des adhérences récentes aplatissant une anse intestinale. Quelques cas d'adhérences consécutives à des traumatismes sont également rapportés dans un *Mémoire sur les adhérences abdominales*, de Riedel (d'Iéna) ², auquel nous avons emprunté quelques-unes des observations qui se trouvent dans ce travail.

Signalons enfin l'alcoolisme, dont l'influence sur la production de phénomènes d'irritation chronique partielle du péritoine, amenant la formation d'adhérences, n'est plus à démontrer.

Ces quelques données étiologiques, dont la connaissance a une certaine importance au point de vue du dia-

¹ Julien Lemaistre, *Journal Soc. de Méd. Haute-Vienne*, 1888. Trois observations de laparotomie.

² Riedel (d'Iéna). *Über Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle* (*Archiv. für klinische Chirurgie*, Bd, XLVII, 1894.)

gnostic, permettent aussi de concevoir combien, suivant les divers cas, pourront varier pour ainsi dire à l'infini la forme des adhérences, et le siège qu'elles occupent dans la cavité abdominale ou dans le bassin sans insister sur ces variétés de forme, nous admettrons avec Nicaise ⁴ deux groupes.

Le premier, comprenant les adhérences récentes sous la dépendance d'une inflammation aiguë.

Le second, les adhérences *anciennes* parmi lesquelles il faut distinguer :

a) les adhérences formées par un tissu cellulaire mince et lâche ;

b) les adhérences filamenteuses allongées formant des brides et des anneaux, mais ne tenant pas les parties en contact immédiat ;

c) les adhérences intimes plus ou moins étendues qui soudent les parties entre elles.

Nous verrons plus loin à propos du traitement que de ces variétés de forme, dépendent beaucoup et la facilité de l'intervention chirurgicale (libération des adhérences après laparotomie), et les résultats qu'on en peut espérer.

La structure histologique des adhérences est celle des tissus de substance conjonctive ; elles contiennent des vaisseaux sanguins et des lymphatiques. Virchow a même signalé des nerfs dans les fausses membranes du péritoine sus-hépatique.

Les régions que ces adhérences occupent sont également, avons-nous dit, des plus variées. L'on peut en ren-

⁴ Nicaise, Des adhérences péritonéales douloureuses (*Revue de chirurgie*, 1894.)

contrer dans toutes les parties des cavités abdominale et pelvienne, soit entre les différents viscères qui y sont contenus, soit entre le péritoine viscéral et le péritoine pariétal antérieur ou postérieur.

Debelut ¹, qui a étudié les adhérences dans le cancer de l'estomac, a dressé un tableau de toutes les variétés de siège rencontrées dans les cas qu'il a étudiés. Il a trouvé l'estomac uni à la fois ou isolément, suivant les cas, au foie, au côlon, au duodénum, au pancréas, à la rate, à la paroi abdominale, plus rarement au diaphragme, à la colonne vertébrale, et à la capsule surrénale.

Ceci montre bien que, même avec une lésion identique comme point de départ, la topographie des adhérences n'est soumise à aucune règle. Par conséquent si dans certains cas les adhérences sont localisées à un organe unique, l'estomac par exemple, donnant alors naissance à des troubles de cet organe seul, dans d'autre cas au contraire plusieurs organes peuvent être en même temps intéressés. Les rapports normaux de la vésicule biliaire et du côlon transverse expliquent que les adhérences peuvent être étendues à ces deux organes à la fois ; de même le duodénum, l'épiploon peuvent participer au processus. Il en résulte que les symptômes deviennent plus complexes et plus difficiles à étudier. Parmi les observations que nous avons pu réunir, intéressant le point de vue spécial qui nous occupe, quelques-unes sont dans ce cas. Nous les avons placées dans tel ou tel chapitre, suivant la prédominance des symptômes gastriques, hépatiques ou intestinaux.

¹ Debelut, *Des adhérences dans le cancer de l'estomac*, th. de Paris, 1880.

CHAPITRE II

Adhérences produisant des phénomènes douloureux et des troubles gastriques.

L'histoire pathologique des adhérences de l'estomac est de date assez récente, ou pour mieux dire, n'a pas été faite. Ce n'est, en effet, que dans ces dernières années où les progrès de la chirurgie de l'estomac ont rendu presque quotidiennes les opérations sur cet organe, que l'on a pu observer des cas, dans lesquels tout un ensemble de phénomènes douloureux et dyspeptiques, rapportés souvent à une affection tout autre et combattus en conséquence par des traitements médicaux naturellement infructueux, dépendaient, comme a permis de le constater l'intervention chirurgicale, pratiquée en dernière ressource, de simples adhérences des parois stomacales, soit aux organes voisins (foie, duodénum, côlon, etc...) soit aux parois abdominales. Ces cas sont en somme assez peu nombreux ; en outre, ce sont des faits pour ainsi dire isolés, à propos desquels les auteurs qui les ont publiés ont émis quelques

remarques intéressantes, mais qu'il était nécessaire de réunir pour pouvoir en tirer des conclusions satisfaisantes.

Ceci explique la notion assez imparfaite que l'on a de la symptomatologie des adhérences stomacales. Voici ce qu'en dit M. Bouveret¹, à propos de la périgastrite chronique : « Les troubles fonctionnels de l'estomac ne sont rien moins que caractéristiques ; ils le sont si peu qu'ils ont pu être attribués à une simple dyspepsie nerveuse. Ce sont des sensations pénibles de pesanteur ou de constriction à l'épigastre ; des douleurs sourdes, profondes, après le repas, au moment du péristaltisme stomacal ; quelques vomissements irréguliers, le plus souvent composés d'un peu de mucus, car le catarrhe gastrique accompagne ordinairement les vieux ulcères. »

Le même auteur signale encore dans le cas d'adhérences de l'estomac à la paroi abdominale postérieure « une douleur lombaire profonde parfois plus pénible dans le décubitus horizontal que dans la station debout ou assise. »

Nous n'espérons pas apporter à la question de bien grands éclaircissements, parce que, même en possession de quelques observations de valeur indiscutable, l'on se trouve, dans l'analyse des phénomènes observés, en présence de réelles difficultés : d'abord celle de débrouiller dans l'ensemble des symptômes éprouvés par les malades ceux qui sont purement imputables à l'existence des adhérences, qui sont leurs conséquences directes, immédiates, et ceux au contraire que l'on doit rapporter aux *altérations secondaires* que ne peuvent manquer d'ame-

¹ Bouveret, *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, 1893.

ner dans un organe aussi sensible que l'estomac des adhérences qui le tiraillent, le déplacent, peut-être le dilatent mécaniquement.

En outre, la lésion primitive qui a donné naissance à ces adhérences n'intervient-elle pas aussi, pour une part, dans la production des phénomènes pathologiques ? Car dans les cas où la périgastrite a eu pour point de départ un ulcère, par exemple, s'il est vraisemblable de supposer cet ulcère cicatrisé en raison de la disparition de ses symptômes propres, du moins on n'a pas le droit d'affirmer d'une façon absolue sa guérison, même après la laparotomie, si l'estomac n'a pas été ouvert. La cicatrisation est probable, mais elle n'est pas certaine ; et alors si le malade souffre, ce peut être à la fois du fait des adhérences, du fait de l'altération de l'estomac (dilatation, catarrhe secondaire, etc.) produite sous l'influence des adhérences, et aussi du fait de l'ulcère imparfaitement guéri.

Ainsi envisagée, la question est certainement complexe. Néanmoins, dans quelques cas où l'origine des adhérences n'est pas une affection de l'estomac, mais un abcès du foie par exemple (obs. III), ou une péritonite (obs. VII), lésions totalement guéries et disparues, il est évident que la part de l'affection primitive dans la production des phénomènes pathologiques est nulle. D'autre part, dans la majorité des cas, la libération des adhérences amène la disparition complète des troubles gastriques, là aussi, il est certain que les adhérences seules jouaient un rôle.

Il est donc logique d'admettre que des adhérences anormales de l'estomac suffisent seules pour provoquer l'apparition de phénomènes douloureux et dyspeptiques ;

des *phénomènes douloureux*, ces adhérences sont la cause directe, immédiate ; et par l'intermédiaire de la gêne apportée dans le mécanisme de la digestion normale, ou des altérations de l'organe dont nous parlions plus haut, elles sont la cause indirecte sans doute, mais la cause première des phénomènes dyspeptiques, régurgitations, hoquets, vomissements, etc.

C'est ce que, par une analyse minutieuse des observations, nous allons essayer de démontrer, sans toutefois avoir la prétention d'y parvenir.

Symptomatologie — La *douleur au niveau de la région gastrique* est un fait constant ; elle existe, en effet, chez tous les malades, mais elle n'affecte pas chez tous les mêmes caractères. En général, c'est moins une véritable douleur qu'une sensation pénible de plénitude, de pesanteur d'estomac, succédant à l'ingestion des aliments. Cependant la douleur peut être quelquefois assez vive, même intolérable (obs. III).

Le moment d'apparition après le repas est variable aussi ; c'est presque aussitôt après (obs. I) ou au bout d'une heure (obs. III) que les douleurs apparaissent pour augmenter progressivement d'intensité jusqu'au vomissement, après lequel elles cessent. A jeun, la douleur n'existe pas ; cependant, chez la malade de l'observation I, elle était continue, du moins à une certaine période de la maladie.

Il est impossible de donner une description exacte de tous ses caractères, variables, avons-nous dit, suivant les cas ; la douleur, localisée chez l'un, est plus ou moins irradiée chez un autre, ou peut présenter un maximum d'intensité à la région pylorique chez un troisième, ce qui

s'explique facilement par la variété dans la forme, l'étendue, la consistance et la *topographie* des adhérences.

A côté de cette douleur, il faut placer le *vomissement*, qui met ordinairement fin à l'accès douloureux, vomissement se produisant sans effort au bout d'un temps également variable. Il est en général composé d'aliments plus ou moins digérés et contient des acides de fermentation (obs. I), et même de l'acide chlorhydrique libre (obs. I, VII et VIII).

Le vomissement est, comme la douleur, un fait à peu près constant ; cependant, il n'est pas signalé dans les observations III, IV et V.

Ajoutons, à ces deux symptômes, une constipation opiniâtre, une diminution de la quantité des urines, une dilatation stomacale parfois très accentuée ; consécutivement à ces divers troubles, un amaigrissement notable des malades et, malgré cela, l'absence de fièvre et la conservation de l'appétit. Tel est l'ensemble symptomatique rapidement tracé.

Pathogénie des symptômes. — Il nous paraît logique d'attribuer aux tiraillements de l'estomac les *phénomènes douloureux* éprouvés par les malades.

L'apparition de douleurs gastriques sous l'influence des tiraillements de l'estomac est, en effet, signalée depuis une date relativement éloignée. Pipelet, dans ses *Remarques sur les signes illusoires des hernies épiploïques*¹, indique comme phénomènes consécutifs de l'épiplocèle des sensations douloureuses et des troubles digestifs divers

¹ *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1774.

amenant l'amaigrissement et la faiblesse progressive. Plus tard, dans deux thèses de Paris, de la même année¹, les mêmes phénomènes sont bien signalés ; les auteurs rapportent aux tiraillements et au déplacement de l'estomac, par l'épiploon hernié et quelquefois adhérent au fond du sac, les accidents fâcheux éprouvés par le malade, tels que douleurs d'estomac, lesquelles amènent à leur suite la perte de l'appétit, de l'embonpoint et des forces, même des nausées et des vomissements, accidents éprouvés particulièrement après le repas, lorsque l'estomac se trouve rempli d'aliments, et qui s'accroissent lorsque le malade se redresse ou se courbe en arrière. Au contraire, sous l'influence de la situation horizontale dans le lit ou de l'application d'un bandage convenable, les phénomènes douloureux s'atténuent.

L'influence de l'épiploon tirillant l'estomac dans la production de phénomènes pathologiques est bien démontrée encore par les deux faits suivants, cités par Bazy², et que nous résumons très brièvement :

Dans un premier fait, il s'agissait d'une dame de trente-neuf ans, auprès de laquelle ce chirurgien fut appelé pour des accidents d'étranglement herniaire datant de la veille. Cette dame était depuis plusieurs années soignée pour son estomac ; elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient ordonné, sans aucune espèce de succès, toute espèce de régimes et de médicaments ; elle vomissait presque continuellement et en était arrivée à ne plus rien supporter, même le lait ; elle était effectivement très maigre, très anémiée ;

¹ Courdy. *Dissertation sur la hernie épiploïque*, thèse de Paris, 1877.

Lavalette, *Sur l'Epiplocèle*, th. de Paris, 1817.

² *Bull. de la Société de chirurgie* (31 octobre 1894.)

l'estomac était très dilaté. Opération : on trouve un étranglement à vive arête ; la pointe d'intestin herniée est réduite. Mais on trouve en même temps une frange épiploïque adhérente au fond du sac ; elle est réséquée après ligature. Guérison aseptique. Après l'opération, disparition complète des troubles gastriques ; la malade au bout de trois ou quatre mois, était absolument métamorphosée, rajeunie de dix ans.

« Je ne pus m'empêcher, ajoute l'auteur, d'établir une relation entre la destruction de cette adhérence épiploïque et ce retour à la santé ; j'avais fait cesser les tiraillements de l'estomac. J'avais guéri cette dilatation mécanique de l'estomac. »

Dans un deuxième cas, il s'agit d'une malade atteinte d'un kyste de l'ovaire. La laparotomie fait découvrir des adhérences entre le grand épiploon et le kyste ovarique. La malade qui, avant l'opération, avait présenté des troubles gastriques intenses, fut guérie de ces troubles.

De tels faits, dans lesquels la relation entre les tiraillements exercés sur l'estomac par l'épiploon et la production de phénomènes douloureux a été constatée d'une façon pour ainsi dire palpable, permettent de supposer qu'il doit en être de même dans les cas où des adhérences plus ou moins étendues unissent les parties stomacales soit au péritoine pariétal, soit à celui des organes voisins (foie, duodénum). Ces conditions sont les mêmes en somme que dans les faits que nous avons pris comme termes de comparaison ; la cause productrice de la douleur consiste essentiellement dans les tiraillements mécaniques de l'estomac. Cet organe est gêné dans l'accomplissement de son péristaltisme normal ; bridé par les adhérences, il est tirailé

ou, pour mieux dire, il se tiraille lui-même dans chacun de ses mouvements. Il est facile de concevoir comment, dans de telles conditions, le malade commence à souffrir quelque temps après l'ingestion des aliments, c'est-à-dire au moment où les mouvements de l'estomac s'accroissent pour brasser ces aliments, les mélanger intimement au suc gastrique, pourquoi la douleur va en augmentant progressivement d'intensité au fur et à mesure de la digestion stomacale, et pourquoi, enfin, une fois l'estomac débarrassé de son contenu par le vomissement, la douleur disparaît ou s'atténue.

Le rapport direct de cause à effet entre le tiraillement des parois de l'estomac et l'apparition des phénomènes douloureux nous semble donc évident, et le fait que nous avons signalé plus haut, à savoir que l'une des malades (obs. I) souffrait continuellement, même à jeun, n'est pas, à notre avis, en opposition avec cette manière de voir ; car si l'on admet, comme l'ont démontré les expériences de Leven¹ et plus récemment encore celles de Convers, dans sa thèse inaugurale², que l'estomac se contracte même

¹ Leven, Des mouvements de l'estomac (*Gazette Médicale*, 14 décembre 1875.)

² Convers, Des mouvements de l'estomac, th. de Lyon, 1882.

Les expériences de ces deux auteurs ont été faites dans des conditions d'expérimentation d'une exactitude rigoureuse, et à l'abri de toutes causes d'erreur, sur des animaux curarisés. Convers a répété ses expériences sur une malade habituée depuis six mois à des lavages d'estomac, chez qui par conséquent, le passage de la sonde ne produisait pas d'effets anormaux. Ils ont constaté que l'estomac se contractait *continuellement, même à jeun*, d'un mouvement rythmique lent et régulier ; mais que les mouvements sont plus énergiques pendant la période digestive, plus

à jeun, l'on doit admettre aussi que les tiraillements et, par conséquent, les douleurs peuvent être continues dans certains cas. Si les adhérences sont lâches, celluleuses, il faut une contraction assez intense pour que les tiraillements puissent s'exercer et la douleur n'apparaître que dans la période digestive ; s'il y a, au contraire, union assez intime, l'ondulation stomacale la plus faible sera suffisante pour donner naissance à cette sensation douloureuse continue signalée chez la malade en question.

Nous avons donc à peu près, croyons-nous, élucidé le véritable mécanisme d'apparition des phénomènes douloureux. Les autres phénomènes dyspeptiques sont moins faciles à expliquer, car ici l'altération secondaire de l'organe va intervenir, et les conditions sont plus complexes.

Comment se produit le vomissement ?

Il est possible d'admettre une excitation directe des extrémités nerveuses de l'estomac sous l'influence des tiraillements, excitation mécanique aboutissant par action réflexe à l'expulsion du contenu, mais si cette cause intervient, elle ne nous semble pas être la principale, et il est bien probable que c'est surtout l'excitation des nerfs sensitifs par les produits de fermentation des aliments ingérés, qui entre en jeu. Or, cette fermentation anormale dépend de la rétention alimentaire ; le problème revient donc en somme à rechercher les causes de cette rétention.

Faut-il invoquer comme obstacle au passage des ali-

énergiques aussi avec des aliments solides qu'avec des aliments liquides, et que l'intensité des contractions va en augmentant au fur et à mesure de la digestion.

ments, la sténose de l'orifice pylorique? Nous ne le croyons pas. Des adhérences de la région pylorique peuvent évidemment produire un rétrécissement accentué de l'orifice; quelques observations en ont été publiées dans la science et nous avons vu nous-même un cas d'occlusion presque complète du pylore par une bride insérée d'autre part, à la vésicule biliaire, lésion constatée à l'autopsie; mais ces cas, sont, avons-nous dit, hors de notre sujet. Dans les observations que nous avons réunies à la fin de ce chapitre, ou bien le pylore est sain, ou bien, son calibre quoique légèrement diminué est encore parfaitement compatible avec le passage des aliments, comme permet de le constater l'intervention chirurgicale (obs. I et VIII).

Cette sténose partielle du pylore, si elle joue un rôle, dans les cas où elle existe, ne joue assurément pas le rôle principal, d'autant que la rétention alimentaire existe aussi chez des malades dont le pylore est absolument sain (obs. II). Il faut donc chercher une autre explication.

A. Codivilla (obs. I), se basant sur le fait que chez sa malade le vomissement ne correspondait pas en quantité à celle des aliments ingérés, prouve qu'une partie de ces aliments franchissait le pylore, rejetant d'autre part l'hypothèse d'atonie gastrique parce que la présence, dans les matières vomies, d'une bonne partie des aliments déjà transformés en chyme, démontrait que leur mélange avec le suc gastrique, c'est-à-dire par conséquent leur brassage par l'estomac, s'était effectué, attribue à la gêne apportée par les adhérences dans la libre contraction des fibres musculaires de la région du pylore, la cause du séjour des aliments dans l'estomac : « Quand la région pylo-

rique est gênée dans ses contractions, les matières digérées ne reçoivent pas la poussée suffisante pour les faire entrer dans le duodénum, étant donné que cette fonction est dévolue presque exclusivement à la fibre musculaire de cette région. »

Loin de rejeter cette explication, nous la trouvons fort logique, surtout dans le cas particulier, et il est certain que de cette *inhibition mécanique* en quelque sorte, de la contraction musculaire au niveau de la région pylorique où dominant les fibres circulaires, région intermédiaire entre l'estomac *cavité* et l'intestin *canal*, il doit inévitablement résulter une difficulté du passage des aliments, de l'un dans l'autre. Il est rationnel de faire intervenir cette gêne de la contraction musculaire même dans les cas où le siège des adhérences est non la région du pylore, mais une autre partie de l'estomac, face antérieure ou grande courbure. Le glissement des feuillets péritonéaux ne s'effectue plus librement, le péristaltisme stomacal est entravé en partie; conséquences : élaboration digestive incomplète en même temps qu'impossibilité de l'évacuation *totale* du contenu de l'estomac.

Il y a donc là un élément causal de la première importance, mais ce n'est pas le seul, et un rôle non moins important nous semble devoir être attribué à la dilatation stomacale qui existe à peu près chez tous les malades, dilatation dont la cause se trouve peut-être même dans ces tiraillements incessants auxquels est soumis l'estomac, et qui amènent la distension progressive des parois. C'est dire que nous admettons comme possible *l'origine mécanique* de cette ectasie gastrique. Le fait n'est pas inadmissible. Le premier cas, de Bazy, cité plus haut, est un

exemple de dilatation mécanique, sous l'influence des tiraillements exercés par l'épiploon. Des adhérences directes aux parties voisines doivent pouvoir produire le même résultat. Ebstein ¹ rapporte un cas de dilatation d'estomac qu'il a observé, à des adhérences de l'organe, cause unique à invoquer, adhérences qui entravaient d'une façon notable les contractions des tuniques musculaires. De même, un auteur anglais, T. Clifford Allbutt ² signale également comme facteur étiologique assez fréquent de la dilatation simple de l'estomac les adhérences étendues, consécutives à une péritonite chronique localisée à la région.

Cette distension mécanique des parois stomacales par les adhérences ne saurait être toutefois invoquée lorsque celles-ci sont localisées exclusivement à la région pylorique. Dans ces cas, le mécanisme par lequel l'estomac arrive à se distendre est évidemment différent, mais il n'est pas impossible de l'expliquer. Dans les conditions normales, la mobilité du pylore est une condition qui vient en aide au passage des aliments de l'estomac dans le duodénum ; que cette mobilité soit supprimée, que le pylore soit fixé par des adhérences solides l'immobilisant, il en résultera une difficulté du passage du chyme dans l'intestin et son accumulation dans l'antra prépylorique, lequel arrive à la longue à se distendre énormément (obs. VIII). Il y a là, en somme, quelque chose d'analogue

¹ Ebstein, Einige Bemerkungen zur Lehre von der Nichtschlussfähigkeit des Pylorus (*Deutsch. Archiv. für klin. Med.*, Bd XXVI, 1880.

² T. Clifford Allbutt, De la dilatation d'estomac et de son traitement (*British med. Journal*, février 1880.)

à ce qui se passe dans la dislocation verticale de l'estomac ; les conditions ne sont pas tout à fait identiques dans les deux cas, mais le résultat est du moins le même : séjour des aliments dans l'estomac, parce que leur progression régulière ne peut plus s'effectuer comme normalement, dans la région prépylorique, de courbure plus accentuée qu'à l'état normal.

Ici, en somme, l'antrum du pylore se distend parce que les aliments, à cause de la fixité du pylore, éprouvent une certaine difficulté à franchir cet orifice ; et d'autre part, une fois cette distension produite, les aliments ne feront que s'accumuler davantage. Il y a là un cercle vicieux dont il est bien difficile de sortir ; la rétention alimentaire contribue à la dilatation partielle de l'estomac, et cette dilatation ne fait qu'exagérer la rétention alimentaire.

Les conditions dans lesquelles se trouve placé l'estomac adhérent, sont en définitive très complexes ; chacune des causes que nous venons d'examiner intervient probablement pour sa part, d'une façon plus ou moins prépondérante suivant les divers cas. Mais, quoi qu'il en soit, la rétention alimentaire est un fait, qu'elle soit due au léger degré de sténose pylorique que nous avons admis, ou à la gêne apportée à la libre contraction des fibres musculaires de l'estomac, ou encore à la dilatation totale ou partielle de l'organe, avec l'atonie plus ou moins marquée qui en est la conséquence. Outre cette rétention, l'entrave du péristaltisme stomacal est cause d'une élaboration digestive incomplète, d'un chimisme imparfait. Il résulte fatalement de tout cela des fermentations anormales, dont les produits amènent par excitation réflexe le vomissement.

De la rétention gastrique dépendent aussi les autres troubles tels que la constipation opiniâtre, et la diminution de la quantité des urines; elle explique l'amaigrissement progressif, et la perte des forces, malgré l'absence de fièvre et la conservation de l'appétit.

Telle est peut-être la succession des phénomènes. Comme nous l'avons dit, il est bien difficile de se prononcer nettement au sujet d'un organe tel que l'estomac dont la pathologie est si complexe.

L'analyse est plus difficile encore lorsque, par suite de la rétention gastrique sur laquelle nous venons d'insister, l'estomac s'altère à la longue. Le *catarrhe secondaire* peut apparaître comme conséquence de la rétention gastrique, sous l'influence des fermentations anormales. Avec lui, les symptômes préexistants ne feront que s'accroître, et de nouveaux troubles pourront s'ajouter, éructations, hoquets, régurgitations acides, etc... M. Bouveret¹ qui a constaté dans quelques cas de dislocation verticale de l'estomac, de l'*hyperchlorhydrie*, admet que celle-ci peut être sous la dépendance de ce catarrhe secondaire que produit la rétention. C'est peut-être par cette cause que peut s'expliquer la présence d'acide chlorhydrique libre, dans les vomissements, ou dans le contenu stomacal chez plusieurs malades (obs. I, VII, VIII).

Nous avons pu réunir huit observations dans lesquelles les troubles sont manifestement liés à l'existence d'adhérences de l'estomac. Dans deux cas seulement sur les huit,

¹ Ouvrage cit.

l'intervention chirurgicale n'est pas suivie d'un succès complet :

OBSERVATION I

(A. Codivilla, *Gazetta degli Ospitali*, septembre 1888.)

Emma F..., vingt-deux ans, de Césena; a perdu sa mère, les parents de celle-ci et quatre frères, de tuberculose pulmonaire. A seize ans, fièvre typhoïde; réglée à dix-sept ans, et les règles, bien que peu abondantes, ont apparu régulièrement jusqu'ici.

Les troubles gastriques ont débuté, il y a environ cinq ans, limités d'abord à une *sensation de lourdeur d'estomac et d'endolorissement à la pression survenant peu après le repas*, et à laquelle faisaient suite des éructations, et quelquefois (tous les trois ou quatre jours) des vomissements. La malade prétend n'avoir jamais eu de fièvre. Les phénomènes allèrent en s'aggravant rapidement : la douleur au niveau de la région gastrique devint *continue, avec maximum d'intensité à la région pylorique*; les vomissements se produisirent chaque jour et après chaque repas, une demi-heure ou une heure après. Les matières vomies avaient une saveur fortement acide, agaçaient les dents, et se composaient exclusivement des aliments ingérés peu d'instants auparavant; jamais de sang dans ces vomissements.

La malade devenait étique; les selles se produisaient avec beaucoup de peine, une fois la semaine; les urines étaient très rares; souvent la malade a souffert d'un hoquet persistant; toutefois, elle a toujours eu un excellent appétit, et resta de bonne et joyeuse humeur.

Tous les traitements tentés (lavage de l'estomac, diète lactée, calmants, stomachiques, etc.) étaient restés infructueux.

La malade fut reçue à la clinique le 5 juin.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, de peau et de muqueuses assez colorées, mais très amaigrie. Malgré cela, elle reste levée presque toute la journée, vaquant à ses occupations habituelles.

Le thorax est peu développé ; la respiration est faible, toutefois, l'examen ne révèle aucune lésion de l'appareil respiratoire.

Appareil circulatoire sain ; le pouls est suffisamment plein et ferme : 60 à 66 pulsations.

Appareil digestif. Le foie semble un peu abaissé. La région de l'estomac à l'inspection est normale. A la palpation, on perçoit la sensation de clapotage et une légère augmentation de résistance du côté droit de l'épigastre. La percussion permet de constater que l'estomac est dilaté.

Par l'observation quotidienne de la malade pendant le mois qu'elle passa à la clinique, avant l'opération, l'on put noter ce qui suit :

La malade vomit chaque jour, une demi-heure ou une heure après le repas ; la quantité de vomissement ne correspond pas exactement à celle des aliments ingérés : une fois, par exemple, après l'ingestion de 800 grammes d'aliments liquides et solides dans la journée, la quantité des matières vomies n'a pas dépassé 300 grammes en tout ; une autre fois, 700 ou 750 grammes. Il n'y pas eu d'intolérance spéciale pour certains aliments : la malade a vomi également le pain ordinaire et le lait. Soumise pendant une semaine à la diète liquide exclusive (lait, œufs, bouillon), les phénomènes n'ont pas changé.

Le vomissement se produit sans effort ; la malade se plaint, pendant cet acte, d'une acidité excessive des matières vomies, qui lui agacent les dents. Peu avant le vomissement, elle ressent *un endolorissement vague sur toute la région épigastrique, et une sensation de pression*. Il n'y a aucun point de douleurs vives. Les matières vomies contiennent une certaine quantité d'aliments n'ayant subi aucune action digestive, d'autres en voie de digestion, et du chyme en abondance. La réaction est très acide, par l'existence d'acides lactique et butyrique ; acide chlorhydrique en quantité variable, faible.

Les selles se sont produites tous les huit ou neuf jours ; matières fécales formant une masse très dure ; la malade faisait pourtant usage de lavements.

La quantité des urines a oscillé entre 500 et 800 grammes par

800 grammes par jour ; à l'examen chimique et microscopique, elles n'ont jamais rien présenté d'anormal.

Le poul a oscillé entre 60 et 72 ; la température entre 36°5 et 37°4 ; la respiration entre 18 et 22 à la minute. L'état général de la malade n'a pas changé depuis son entrée, la nutrition ne s'est pas améliorée ; le caractère est néanmoins resté joyeux.

En pareil cas, le diagnostic était difficile. Si l'on pouvait éliminer assez facilement, le carcinome, l'ulcère rond, la gastrique chronique, l'hystérie, et si la persistance du vomissement après chaque repas, la dilatation stomacale, l'augmentation de résistance dans la région pylorique faisaient songer à la possibilité d'une lésion en cette partie de l'organe, il n'était cependant pas aisé de formuler laquelle. Il était assez certain que l'orifice pylorique se refusait à recevoir tous les aliments élaborés dans l'estomac, mais il était néanmoins hors de doute qu'une bonne partie de ces aliments passaient, et que l'obstacle n'était pas complet. Or, en considérant les causes qui pouvaient empêcher l'évacuation du contenu stomacal par le pylore, et en excluant les lésions que, dans ce cas, ne venait appuyer aucun des faits, trois états morbides se présentaient à l'esprit comme possibles : l'insuffisance de la force musculaire, la sténose cicatricielle de l'orifice, des adhérences de la région pylorique. Un examen attentif permettait de rejeter la première hypothèse ; l'atonie des muscles de l'estomac n'était pas admissible, puisque dans le vomissement se trouvait constamment une bonne partie des aliments digérés, chose impossible si les aliments, au moyen des mouvements de l'estomac, n'étaient venus au contact du suc gastrique. En outre, la dilatation de l'organe n'était pas très accentuée.

Le diagnostic restait donc hésitant entre les deux autres causes, toutes deux pouvant donner les mêmes signes. En effet, de même que l'orifice pylorique resserré par une inflammation chronique se prête mal au passage du chyme, de même, quand la région pylorique est gênée dans ses contractions, les matières digérées ne reçoivent pas la poussée suffisante pour les faire entrer dans le duodenum, étant donné que cette fonction est dévolue presque exclusivement à la fibre musculaire de cette région.

Dans l'un et l'autre cas, le seul traitement logique était le traitement chirurgical, aucun des traitements médicaux n'ayant donné d'amélioration.

La cause qui pouvait empêcher le passage des aliments à travers le pylore était d'origine mécanique, et l'on ne pouvait espérer quelque effet qu'en agissant mécaniquement sur elle.

Pour ces raisons, le professeur Loreta, rassuré par l'état général relativement bon de la malade, et par ce fait que l'estomac digérait bien les aliments, se décida à l'opération le 12 juillet, avec l'intention de faire la divulsion du pylore au cas de sténose cicatricielle, ou de libérer les adhérences si celles-ci étaient la cause des accidents.

La malade est transportée dans l'amphithéâtre clinique, et endormie au chloroforme. On divise les parois abdominales par une incision de 12 centimètres, qui de 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde se portait à droite et en bas, de façon que l'extrémité inférieure fût distante de 3 centimètres environ de la ligne médiane. On ouvre le péritoine pariétal, après hémostase soigneuse des bords de la plaie cutanée; le foie se présente, occupant toute l'étendue de l'incision; il est repoussé en haut, et l'on exécute des tractions sur l'estomac pour l'extraire en partie de la cavité abdominale, mais ce ne fut pas possible; l'organe, *le long d'une bonne partie de la petite courbure et dans la région pylorique*, qui normalement se trouve au contact de la face inférieure du foie, avait contracté *de telles adhérences* avec ce dernier organe, que tous les efforts pour le changer de la position qu'il occupait, restèrent sans effet.

Alors, avec le doigt, on tenta de libérer les adhérences, et beaucoup furent déchirées. On ne put les détacher toutes en ce moment parce que le sang, qui s'écoulait en abondance de la région, fit suspendre l'opération. Mais, quand cela fut fait suffisamment, pour que la région pylorique pût être en partie extraite de la cavité abdominale et incisé, le professeur Loreta introduisit dans l'ouverture l'index de la main droite; il ne put atteindre le pylore encore immobilisé sur le foie, mais il lui fut possible, en se servant du doigt comme guide, de glisser dans l'orifice une bougie

urétrale n° 8 environ, laquelle passa sans difficulté. Alors, à l'aide de la bougie, il put avec l'index gauche, reconnaître le point où étaient tenus adhérents l'orifice pylorique et une partie de la première portion du duodenum, et, par des mouvements appropriés, les libérer de leurs liens. Ensuite, en introduisant une seconde bougie dans l'orifice, et en glissant, entre les deux doigts, jusqu'à introduire une partie de la première phalange, *il put constater que le pylore était largement ouvert.*

On exécuta ensuite la suture de la plaie stomacale, puis le viscère fut replacé dans la cavité péritonéale; suture de la plaie abdominale. Pansement à l'iodoforme. La malade se réveille quinze minutes environ après la fin de l'opération. Elle se plaint aussitôt d'une vive douleur dans la région de l'estomac, puis, après trois injections hypodermiques, une d'éther (1 gr.), une de morphine (0 gr. 01), une d'antipyrine (0 gr. 25), elle se remet peu à peu. Dans la journée, l'état s'améliore, et la douleur devient supportable.

Les jours suivants, l'amélioration continue. La température, le pouls et la respiration se maintiennent dans les limites normales. Quelques accès de hoquet, et une douleur oppressive à la région opérée.

La malade est nourrie avec du bouillon aux œufs, et du vin de Champagne. Lavement peptonisé.

22 juillet. — La malade prend trois potages, un peu de poulet, un petit pain, vermouth et Marsala. Aucun trouble. Le 26, *elle se lève environ une heure, mange avec appétit, n'éprouvant ni nausées, ni vomissements.* Elle va à la selle spontanément.

31 juillet. — Nouvelle selle spontanée; la malade mange comme une personne bien portante, elle reste levée toute la journée, et le 5 août, *se sentant complètement guérie, elle sort de l'hôpital.*

Note de l'auteur. — Quelque temps après avoir envoyé cette note à la direction de la *Gazetta degli Ospitali*, je reçus des nouvelles de la santé de l'opérée. Elles n'étaient pas aussi bonnes que je l'attendais, car elle me racontait dans sa lettre, que, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, elle avait été tourmentée de nou-

veau par de graves troubles gastriques. De même qu'auparavant, les aliments ingérés étaient en grande partie vomis peu après le repas.

Je répondis à la malade en lui recommandant chaudement de s'abstenir de tout écart de régime, et de s'astreindre de son mieux aux conseils qu'on lui avait donnés sur le régime à suivre, avant son départ de l'hôpital, car il était probable que, se croyant complètement guérie, elle ne s'y était pas scrupuleusement conformé. Il sera à moi de faire connaître dans la suite, si malgré un régime diététique sévère, les troubles se sont maintenus.

Cette observation est intéressante ; aussi en avons-nous donné la traduction à peu près *in extenso*. La fièvre typhoïde, seule affection signalée dans les antécédents de la malade avant l'apparition des troubles gastriques, peut-elle expliquer la présence d'adhérences localisées à la région du pylore, ou y a-t-il eu, au contraire, tout au début un processus limité à cette région, un ulcère par exemple ? Il est difficile de le dire. Quoi qu'il en soit, la relation est nette entre l'existence de ces adhérences, et les phénomènes douloureux ; l'amélioration notable après l'opération le démontre surabondamment.

Quant à la réapparition des troubles au bout d'un certain temps (ce que nous verrons du reste se produire également dans l'observation VIII), on peut, pensons-nous, en voir l'explication dans deux ordres de faits soit, comme le dit l'auteur, le surmenage auquel la malade, se croyant absolument guérie, a pu soumettre son estomac depuis longtemps malade, et en outre opéré récemment, par conséquent peu en état de résister ; soit la *reproduction possible des adhérences*, et c'est pourquoi nous étudierons au traitement, les moyens de s'opposer à cette reproduction.

OBSERVATION II

(Terrier, Société de chirurgie, 31 octobre 1894).

Troubles gastriques anciens. — Hématémèse. — Vomissements. — Laparotomie ; section d'adhérences entre l'estomac et le foie. — Guérison des accidents digestifs.

M^{me} Louis G..., née Clémentine B..., ménagère, cinquante-huit ans, entre le 4 mai 1894, dans mon service de chirurgie de l'hôpital Bichat.

Il y a dix ans, au moment de la ménopause, la malade fut prise de vomissements survenant presque après chaque repas ; ils étaient alimentaires et succédaient à une sensation de pesanteur d'estomac. Ces accidents durèrent trois mois, sans d'ailleurs amener un amaigrissement notable de la malade, puis s'amendèrent.

Elle put alors reprendre ses occupations, et pendant deux années, sa santé fut assez bonne.

Au bout de ce temps, nouveaux vomissements alimentaires, durant quelques jours, mais, fait important à noter, c'est qu'à cette date, la malade fut prise subitement, dans la journée, d'une abondante hématémèse.

Le régime lacté lui fut conseillé, mais le liquide était aussitôt vomi, si bien que, au bout de huit jours, on dut avoir recours aux lavements nutritifs qui furent continués quatre jours. A ce moment, les selles de la malade furent fortement colorées en noir par du sang, il y eut du méléna.

La malade put ensuite s'alimenter peu à peu et fit un séjour au bord de la mer, de trois mois, mangeant bien, et ne ressentant rien du côté de l'estomac.

Pendant trois années, M^{me} G..., resta bien portante, lorsqu'au mois d'octobre 1893, elle fut reprise de *pesanteurs d'estomac après les repas, pesanteurs suivies souvent de vomissements alimentaires*, parfois aqueux, jamais bilieux ni teintés de sang.

Malgré le traitement qui lui fut prescrit, et consistant surtout dans l'ingestion de cachets médicamenteux, la malade continua à vomir d'une façon en quelque sorte intermittente, ressentant alors, et pour la première fois, *des douleurs sourdes à la région épigastrique, douleurs d'ailleurs non continues*. Enfin la malade maigrit d'une façon notable.

Les antécédents sont à peu près négatifs, sauf des crampes d'estomac accusées dès la jeunesse.

M^{me} G... a eu quatre enfants qui vivent tous. Elle a perdu ses frères et sœurs en bas âge ; sa mère est morte probablement de la grippe, à la Salpêtrière ; elle ignore la cause du décès de son père.

La malade fut mise au régime lacté exclusif dès son entrée à l'hôpital, et les vomissements furent un peu calmés. L'amaigrissement est assez notable, la malade ne pèse que 40 kilogrammes ; les urines sont rares : 300 centimètres cubes en vingt-quatre heures ; elles sont acides, d'une densité de 1,020 et renferment 18 grammes d'urée par litre ; pas de sucre, de bile, ni d'albumine. La température oscille entre 36°8 et 37°2.

L'exploration de la région épigastrique révèle un léger empâtement, d'ailleurs indolore à la pression, et de la submatité ; on y perçoit très nettement les battements de l'aorte, ce qui tient à la maigreur de la malade. Il existe des signes de dilatation de l'estomac, sonorité exagérée de la région gastrique, et sensation du flot de liquide dans le ventricule, avec gargouillement.

Le foie paraît un peu hypertrophié ; le rein droit, par le palper bimanuel semble un peu gros et légèrement mobile.

L'auscultation du thorax est négative, sauf un léger souffle au premier temps du cœur.

Pas de ganglions sus ou sous-claviculaires.

En somme, sauf un léger empâtement diffus de la région épigastrique et une submatité à ce niveau, les phénomènes physiques sont assez peu accusés, et c'est sur les accidents fonctionnels anciens et récents que nous nous appuyons pour intervenir, soupçonnant soit une néoformation, soit *des adhérences à la suite d'une ulcération stomacale qui s'est manifestée par cette hématomèse unique et déjà ancienne*.

Opération le 18 mai 1894, avec l'assistance du Dr Hartmann.
Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane sus-ombilicale, et on passe à travers l'insertion abdominale du ligament suspenseur du foie.

On constate une petite induration au niveau de la portion cardiaque de l'estomac, et surtout *des adhérences lamelliformes, fibreuses et comme formées de petites cordelettes, entre la face antérieure de l'estomac au voisinage du cardia, et la face inférieure du lobe gauche du foie.* Les adhérences sont déchirées ou sectionnées, une seule saigne au niveau de sa partie stomacale et est liée avec de la soie stérilisée. D'autres adhérences, existant entre la face supérieure du lobe gauche du foie et le diaphragme sont abandonnées.

L'examen du pylore et du colon transverse est absolument négatif.

La section abdominale, longue de près de 10 centimètres est réunie par deux plans de suture ; les uns profondes, à la soie stérilisée, et comprenant le péritoine et les aponévroses de la paroi, les autres superficielles, au crin de Florence, pour les téguments.

L'opération a duré environ trois quarts d'heure.

Pansement aseptique pur avec une compresse et de l'ouate stérilisée.

Après l'opération, la malade fut mise d'abord au régime lacté, puis au bout de quelque jours, alimentation légère. Il n'y a à signaler que quelques signes de congestion pulmonaire à la base, lesquels disparaissent d'ailleurs sous l'influence de ventouses sèches répétées, et une escarre au sacrum.

Un petit point fistuleux s'est rouvert au milieu de la cicatrice, un mois après l'opération ; le 18 juin, on enlève deux fils de soie de la suture profonde, qui s'éliminent par la fistule. Le 28 juin, ablation de deux autres fils de soie, et enfin, le 30, on en enlève trois autres ; la plaie se cicatrise aussitôt.

Les pansements de l'escarre au sacrum furent continués jusqu'au 6 juillet, époque de la cicatrisation complète.

La malade sortit le 3 août 1894 ; elle allait fort bien, et ses troubles digestifs avaient absolument disparu ; l'alimentation était

celle de tout le monde et le poids était de 44 kilogrammes, soit 4 kilogrammes de plus qu'à son entrée à l'hôpital.

La cicatrice avait 8 centimètres de longueur, sans trace d'éventration. M^{me} G., fut perdue de vue jusqu'au 16 septembre suivant; à cette époque, M. Hartmann et moi, nous constatâmes que la cicatrice longue de 9 centimètres, commençait à 3 centimètres de l'appendice syphoïde et se terminait à 5 millimètres de l'ombilic. Il n'y a pas trace d'éventration.

La palpation du ventre permet de constater qu'il est absolument souple et indolore et qu'il ne présente aucune induration profonde.

L'appétit est bon et les digestions se font normalement; la malade mange ce qu'elle veut. Elle a notablement engraisé et pèse actuellement 49 kilogrammes.

OBSERVATION III

(Lucas-Championnière, Société de chirurgie, 31 octobre 1894).

Il s'agit d'un malade qui depuis une douzaine d'années était tourmenté de douleurs gastriques survenant toujours de la façon suivante : après un repas pris volontiers avec appétit, se montrait *un malaise qui commençait doucement au bout d'une heure environ et allait grandissant, de façon à devenir intolérable vers la troisième heure*. Sa santé avait fini par être gravement atteinte et le malade allait s'éteignant lorsqu'il me fut présenté.

Il avait consulté, on peut le dire, tous les médecins célèbres de l'Europe. Bien des suppositions avaient été faites; celle qui avait réuni le plus de suffrages mettait la maladie dans la vésicule biliaire. Or, le diagnostic véritable n'avait été porté que par le médecin du malade, le Dr Stoïcesco (de Bucharest). Comme il l'avait pensé, je trouvai après la laparotomie, *des adhérences entre le foie, l'estomac et le colon transverse*. Mais ces adhérences étaient épaisses comme le pouce et dures comme du bois. Je mis à les disséquer plus d'une heure. L'opéré était si affaibli avant

l'opération, il avait tant abusé de la morphine, et se trouvait de ce fait dans un état si cachectique, que dans son entourage, on considérait l'issue fatale comme inévitable. Ces prévisions furent heureusement trompées. La guérison fut obtenue rapidement et d'une façon définitive.

L'origine de ces adhérences fut difficile à établir. Il ne s'agissait sûrement pas d'une affection de l'estomac propagée aux parties voisines. On a pensé qu'elles pouvaient être consécutives à un abcès du foie ouvert dans l'intestin. Le malade avait éprouvé un an avant le début des accidents tous les phénomènes d'une inflammation intra-abdominale et probablement rendu du pus dans les selles. Il a fini en somme par se rétablir complètement et par guérir de sa morphinomanie.

OBSERVATIONS IV ET V.

(Landerer, *Berliner Klinische Wochenschrift*, 16 octobre 1893.)

Il s'agit de deux malades souffrant *de douleurs et de crampes d'estomac, douleurs qui apparaissaient ou étaient augmentées* sous l'influence des mouvements de l'estomac (notamment par le lavage de l'estomac), et des mouvements du corps. Ni tumeur, ni ulcère.

La laparotomie montra que *les douleurs tenaient uniquement à des adhérences de l'organe.*

Dans le premier cas, on trouve une bride large de 3 centimètres et longue de 8, constituée par l'épiploon relevé, et adhérent d'une part à la face antérieure de l'estomac, de l'autre à la partie abdominale au niveau de l'épigastre ;

Dans le second cas, la laparotomie fait constater l'existence d'adhérences entre l'estomac et le foie.

Dans les deux cas, la libération des adhérences amena la disparition complète des douleurs gastriques.

Ces deux cas, quoique peu détaillés, nous paraissent

nets. L'auteur fait remarquer lui-même la relation directe entre ces adhérences produisant un effet mécanique sur l'estomac, et l'apparition des douleurs, relation démontrée d'une façon évidente par l'absence d'autre lésion, et surtout le bon résultat de l'intervention chirurgicale. L'exagération des douleurs par les mouvements de l'estomac nous semble en outre une preuve de l'explication que nous avons admise quant à leur mécanisme de production.

OBSERVATION VI

(Mayo Robson, *Transactions of the Clinical Society of London*, 1894.)

J. W..., dix-huit ans, sans avoir jamais été très fort et toujours sujet à la dyspepsie, n'avait jamais fait de sérieuse maladie jusqu'à trois ans auparavant; à ce moment il fut pris de très grandes douleurs dans l'hypocondre droit, douleurs qui duraient deux ou trois heures. Il ne pouvait pas donner la cause de ces accès douloureux qui ne suivaient pas toujours l'ingestion des aliments. Après avoir duré quelques semaines, la douleur se serait apaisée, faisant place aux nausées et aux vomissements durant six semaines; puis alors il aurait été bien portant pendant un mois; mais jamais pendant les trois dernières années, il n'aurait été exempt de douleurs pendant plus d'un mois à un mois et demi.

Quelquefois la douleur s'accompagnait de nausées. Une fois le malade vomit du sang, et plusieurs fois des matières couleur café. Trois mois après son entrée à l'hôpital, la douleur se localisa en un point juste au-dessous de la neuvième côte droite, et cette douleur n'a jamais cessé depuis. Une tumeur pouvait quelquefois se sentir sur les côtes droites pendant l'accès douloureux, et disparaissait quand la douleur se calmait. Le malade se plaignait beaucoup d'éruptions pénibles. Il avait eu la jaunisse. Bien qu'il se

fût un peu relevé entre ses attaques, l'amaigrissement avait été progressif durant les trois années. Quand je le vis, il était très faible, et très amaigri. Après la dilatation de l'estomac, rien d'anormal à noter, et bien qu'il y eût une sensibilité très marquée au-dessous du rebord costal droit, on ne pouvait sentir aucune tumeur.

On fit le diagnostic de dilatation d'estomac probablement dépendante d'adhérences du pylore à la vésicule biliaire; on institua comme traitement des lavages de l'estomac et une alimentation peptonisée, qui seraient suivis d'une opération dans le cas où il n'y aurait pas de mieux.

Le 26 juillet, la note suivante fut rédigée : « Pendant la dernière quinzaine, bien que l'estomac fût lavé chaque jour avec une solution faite d'acide borique et de glycérine, le malade souffrit autant que jamais, la douleur survenant la nuit et quelquefois le jour. A l'examen de l'abdomen, durant les accès, on ne voit ni ne sent aucune tumeur. Il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée. L'appétit est bon. »

Le 30 juillet, bien qu'il eût repris un peu de poids, le malade avait encore un accès douloureux et était très inquiet, désirant qu'on lui fit quelque chose pour assurer sa guérison.

Opération, le 4 août 1892. — On trouve l'épiploon adhérent couvrant la région de la vésicule biliaire comme un voile; celle-ci fut détachée avec les doigts, dégageant le pylore qui était adhérent à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie; les adhérences furent facilement séparées et l'hémorragie arrêtée par deux ou trois fils de catgut. Suture séreuse, suture abdominale. La guérison survint sans accident; cicatrisation par première intention.

Le 15 août, le malade se disait presque libéré de toute douleur et se sentait bien; il resta au lit trois semaines, et fut autorisé à se nourrir. Il retourna chez lui à la fin de la troisième semaine, ayant engraisé notablement. A Noël, il était robuste, et faisait un pénible travail de ferme.

En avril 1893, je reçus une lettre de son médecin, disant que le malade avait été bien portant jusqu'en février, mais qu'à ce moment il y avait eu retour des douleurs; sous l'influence d'un traitement

général, il redevint bientôt mieux. En septembre 1893, il allait très bien.

OBSERVATION VII. (Même auteur.)

J. G..., trente-neuf ans, habitant à Calgary, Alberta, avait été en bonne santé jusqu'à ces six dernières années ; à ce moment il eut une sérieuse attaque de douleurs vers la région supérieure de l'abdomen pendant trois jours ; on pensa qu'elles étaient dues à des calculs biliaires, mais le malade n'eut pas d'ictère, et on ne trouva pas de graviers dans ses évacuations. Après cet accès, la santé revint pendant un an, mais à ce moment retour des douleurs suivies d'une *péritonite* qui dura plusieurs semaines, et dont ses amis désespéraient de le sauver. La convalescence fut très lente ; il n'a jamais été bien portant depuis ayant de temps en temps des douleurs abdominales, et s'amaigrissant graduellement. Durant six mois avant de me voir, il vomissait chaque jour et souffrait de douleurs localisées à la partie supérieure de l'abdomen ; *la douleur commençait à l'épigastre, s'irradiant vers le côté gauche et passant habituellement à la région interscapulaire* ; les accès se terminaient fréquemment par un vomissement, mais n'étaient jamais suivis d'ictère.

Il avait été traité par des lavages réguliers de l'estomac, par la diète, divers médicaments, etc. Mais sans aucun succès, et quand je le vis, il était excessivement maigre et très affaibli.

A l'examen, estomac très dilaté, mais aucune trace de tumeur sur le pylore ou la vésicule. Les vomissements contenaient de l'acide chlorhydrique libre, et quelques ferments et sarcines.

Opération le 12 mars 1893. On trouve l'estomac très dilaté, et en outre *adhérent par sa face antérieure et par son extrémité pylorique à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire*. Aucune autre anomalie ; les adhérences, très solides furent libérées, la plaie abdominale refermée. La guérison eut lieu sans incident. Aucun malaise ne suivit l'opération, et quarante-huit heures après, le malade allait beaucoup mieux ; depuis il n'a jamais eu ni douleur, ni malaise.

Quand il quitta l'Angleterre, au mois de mai, il écrivait qu'il avait gagné de poids et qu'il se portait excessivement bien. D'après ses propres termes, l'opération avait été « un grand succès ».

Dans cette observation, la *péritonite* signalée dans l'histoire du malade explique suffisamment la production des adhérences. Dans la précédente (obs. VI), c'est au contraire à un ulcère stomacal qu'il faut probablement les attribuer. Mais, dans les deux cas, alors qu'un traitement médical de longue durée n'avait amené aucune amélioration, la laparotomie suivie de la libération des adhérences amène une guérison complète, ce qui prouve bien que les adhérences étaient la cause des phénomènes pathologiques.

Ces adhérences, comme on a pu le remarquer, ne sont pas limitées à l'estomac, et dans les deux observations, *le pylore adhère à la vésicule biliaire*. Or, comme nous le verrons plus loin, la vésicule biliaire adhérente peut aussi devenir le siège de phénomènes douloureux; il y a lieu, par conséquent de se demander si, chez ces deux malades, les douleurs éprouvées étaient exclusivement des douleurs gastriques. Mais ce sont du reste les troubles gastriques qui dominent, l'estomac est dilaté, il y a des vomissements, etc... ; c'est pourquoi nous avons placé ces deux observations dans ce chapitre.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Bouveret.)

C. M..., cinquante ans, épicier, entré le 30 janvier 1895, salle Sainte-Marguerite, père mort à trente-trois ans d'affection pul-

monaire aiguë (huit jours de maladie); mère vivante, soixante-huit ans, bien portante; une sœur très bien portante; un frère vivant, atteint également d'affection gastrique.

Personnellement: le malade a toujours été nerveux et impressionnable, il s'emportait facilement; n'a jamais eu de crises nerveuses. Rien à noter dans l'enfance: scrofule douteuse; peut-être la rougeole. Etant soldat, à l'âge de vingt-deux ans, il eut une fièvre indéterminée de trois semaines de durée. Pas d'affection vénérienne; pas d'alcoolisme (un demi litre de vin par jour, très peu d'alcool.) Bonne santé habituelle jusqu'à trente-cinq ans. Marié; trois enfants, dont l'un est mort à vingt mois de convulsions; les deux autres sont vivants, se portent bien.

Le malade a toujours été constipé: même avant son affection actuelle, il restait souvent deux ou trois jours sans aller à la selle.

A l'âge de trente-cinq ans, c'est-à-dire il y a quinze ans, il commença à s'apercevoir qu'il souffrait après le repas. La douleur débutait quelque temps après, ordinairement deux heures après; c'était une sensation de pesanteur au creux épigastrique plutôt qu'une vraie douleur; il n'avait pas de point dorsal correspondant ni de douleur en broche. Très souvent, il avait des vomissements aigres qui lui agaçaient les dents (sans pyrosis), et qui le soula-geaient beaucoup.

Au début, ces douleurs n'étaient pas continues: elles duraient un mois, puis disparaissaient pendant deux mois, revenaient au bout d'un mois et demi, duraient un mois ou deux, etc. Le malade est très affirmatif sur ces périodes de rémission.

Pendant cinq ou six ans, ces douleurs conservèrent le même caractère, mais en s'aggravant; les périodes de rémission devenaient plus courtes, tandis que les douleurs augmentaient d'intensité, au point que le malade en était réduit aux injections de morphine.

Envoyé à Vichy, il retira un grand soulagement du traitement; il y retourna pendant quatre ans de suite; à la suite de son séjour à Vichy, période de calme d'une durée de deux ans,

Mais depuis une année, les douleurs gastriques ont reparu. Tou-

jours les douleurs au creux épigastrique apparaissent deux à trois heures après les repas : c'est toujours la sensation de pesanteur, de *barrement* qui domine, et non une vraie douleur ; pas de point dorsal, pas de point scapulaire. Vomissements très fréquents, très acides, qui soulagent beaucoup le malade, au point que parfois il les provoque lui-même. La soif était très vive, la bouche toujours sèche, et surtout la constipation très opiniâtre. Depuis la recrudescence de son affection, le malade ne se rappelle pas avoir eu une selle sans employer des moyens artificiels.

Le malade a maigri un peu, mais pas énormément, dit-il. L'appétit était conservé.

Le malade insiste beaucoup sur les vomissements qui survenaient souvent deux fois par jour, trois à quatre heures après les repas, et terminaient sa crise douloureuse. Souvent, il a remarqué que ses vomissements nocturnes contenaient des aliments du repas du matin et souvent de la veille ; depuis un an, il n'a pas eu de période d'accalmie comme au début. Depuis trois mois, il se soumet au régime lacté à peu près absolu, et malgré cela les vomissements ont persisté.

A son entrée : même état. Il raconte qu'il ne mange pas pour éviter la douleur et les vomissements ; l'appétit est conservé.

31 janvier. — Hier soir, le malade a mangé comme les autres malades ; il a eu ce matin, en deux fois, à 2 heures et à 6 heures, un vomissement copieux, d'odeur de vin blanc fermenté et donnant *une coloration jaune avec le vert brillant*. Ce matin, l'estomac n'est pas vide, malgré le vomissement ; clapotage très fort. Pas de tumeur appréciable à la palpation ; la région épigastrique n'est douloureuse en aucun point ; un peu de péristaltisme stomacal sus-ombilical. On retire par la sonde 50 centimètres cubes de liquide gastrique. *Insufflation moyenne* : la limite inférieure de l'estomac dépasse d'un travers de doigt l'ombilic ; l'antrum du pylore est dilaté et s'avance jusqu'à mi-chemin entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic ; cardia à sa place normale ; *pylore fixé au foie*.

Examen du liquide vomi. — Acidité totale : 3,65. Réactif de

Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : érythro-dextrine. Fer : négatif.

1^{er} février. — Hier soir, lavage de l'estomac ; on laisse ce matin le malade à jeun : clapotage. On retire par la sonde 250 grammes de liquide contenant des débris alimentaires. *Chimisme* : Acidité totale : 1,67. Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : jaune. Fer : négatif.

Urines : 500 grammes en vingt-quatre heures. Pas d'albumine.

2 février. — Hier soir, lavage consciencieux de l'estomac : on a fait passer 15 litres de liquide et évacué l'eau qui pouvait être restée, avec la pompe. Malgré cela, ce matin environ 150 grammes de liquide contenant des débris alimentaires (l'estomac clapote encore après) ; ce liquide contient de l'acide chlorhydrique à l'état libre : jaune avec le vert brillant.

Repas d'épreuve d'Ewald ; une heure après, on retire plus de 300 grammes de liquide contenant beaucoup de pain. Acidité totale : 2,1. Réactif de Gunzbourg : rouge intense. Vert brillant : jaune vert. Iode : érythro-dextrine. Fer : teinte jaune douteuse.

3 février. — Urines de vingt-quatre heures : 1000 grammes. On donne au malade 16 grammes de bicarbonate.

4 février. — Poids 46 kilogrammes. Urines de vingt-quatre heures : 600 grammes. Le traitement a été commencé hier dans l'après-midi. Pas de vomissement depuis jeudi, c'est-à-dire depuis le 1^{er} février.

5 février. — Le malade a vomi ce matin : vomissement couleur beige, d'odeur aigrelette, peu abondant. *Chimisme* : A : 2, 4. R. de Günzbourg, rouge intense, vert brillant, jaune vert. Fer : négatif. Iode : érythro-dextrine.

Urines : 900 grammes.

6 février. — Cette nuit second vomissement copieux, de 1700 centimètres cubes. Urines : 850 grammes.

7 février. — Pas de vomissement cette nuit. Clapotage gastrique. Etat nauséux. Ondulation épigastrique très nette (péristaltique). Urines : 1000 grammes.

8 février. — Cette nuit troisième vomissement très abondant. Urines : 950 grammes.

9 février. — Quatrième vomissement très abondant. Urines : 950 grammes.

11 février. — Vomissement la nuit passée et cette nuit. Urines : hier, 750 ; aujourd'hui 900 grammes.

12 février. — Cette nuit pas de vomissement (le malade a peu mangé. Urines : 1100 grammes.

Le malade n'a retiré aucun bénéfice du traitement alcalin : il a eu six vomissements en neuf jours. Les douleurs ont été aussi vives. On retire par la sonde 300 centimètres cubes de liquide gastrique contenant des débris alimentaires (surtout du pain), d'odeur aigrelette.

13 février. — Poids : 44 kg.400. Urines : 900 grammes. Le malade n'a pas vomi cette nuit. Numération des globules : 2.480.000.

Diagnostic clinique. — Sténose du pylore ; ancien ulcère ; adhérence du pylore au foie. Une intervention chirurgicale est proposée au malade qui l'accepte.

Opération, le 15 février, par M. Jaboulay.

Anesthésie à l'éther. M. Jaboulay pratique une incision longitudinale de 8 à 10 centimètres sur la ligne blanche sus-ombilicale, l'extrémité inférieure de l'incision s'arrêtant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il parvient facilement sur *la paroi antérieure de l'estomac reliée au péritoine pariétal par de fines adhérences* peu vasculaires, rapidement détruites au doigt sans hémorragie notable. Pas trace de néoplasme ou d'induration étendue sur cette paroi antérieure.

Pour arriver sur la région pylorique, il est nécessaire de détruire également au doigt *d'autres adhérences qui établissent une véritable symphyse entre cette région et les organes voisins, principalement la face inférieure du foie.* On peut constater alors par invagination des parois duodénale et prépylorique que *le calibre du pylore, quoique diminué est encore suffisant pour permettre le passage des aliments ; c'est sur la paroi postérieure qu'une bride cicatricielle de la largeur de 4 ou 5 millimètres, se prolongeant en s'amincissant sur une surface de 2 à*

3 centimètres carrés fait saillie dans l'intérieur du pylore et forme pour ainsi dire valvule.

L'intervention n'est pas poussée plus loin. M. Jaboulay espère que la destruction des adhérences suffira à rétablir la canalisation pylorique. Suture de la paroi; drainage de précaution avec une petite mèche de gaze iodoformée que l'on retire cinq jours après l'opération.

26 février. — Pendant les onze jours qui ont suivi l'opération, les suites en ont été excellentes; pas de température, pas de réaction péritonéale autre qu'une sensation de gêne et de barre épigastrique. Les vomissements ne se sont pas reproduits, et dès le deuxième jour le malade a pu absorber du bouillon et 1 litre de lait par jour, sans éprouver autre chose que des nausées, disparues elles-mêmes au bout de quatre à cinq jours. On ajoute peu à peu à l'alimentation des potages au riz, du pain, des quenelles parfaitement tolérées.

Constipation; selles peu abondantes, rares et seulement par lavements. Pas trace de sang dans les premières selles.

27 février. — Le malade qui se plaint de douleurs (brûlure et pesanteur) après le repas, surtout trois ou quatre heures après a un vomissement marc de café assez abondant.

Le lendemain, de nouveau il vomit, mais les aliments ingérés seulement, sans trace de sang.

Le surlendemain, vomissement marc de café. Bicarbonate de soude : 10 grammes. Les deux ou trois jours qui suivent, repas plus légers, puis peu à peu le malade revient au régime qu'il avait avant ces accidents (un litre et demi de lait, potages, viandes blanches). Il n'a plus eu depuis de troubles de canalisation, mais il accuse toujours des sensations de brûlure après la période digestive, avec douleurs irradiées dans les hypocondres.

Plaie : Etat local bon ; suppuration superficielle au niveau de quelques points de suture.

Le malade quitte le service le 11 mars; plaie cicatrisée. Il rentre à Châlon.

7 mai. — Nouvelles données à Châlon par M. le Dr Désir de Fortunet : le malade va un peu mieux, pas beaucoup mieux, est

obligé de se laver l'estomac, et n'a pas sensiblement engraisé.

14 novembre. — M. le Dr Désir de Fortunet envoie à M. le Dr Bouveret les nouvelles suivantes : « En rentrant de Lyon, le 10 mars, le malade a continué pendant quelque temps à manger comme vous le lui aviez conseillé, c'est-à-dire un peu de viande, des œufs, des légumes en purée, un peu de pain. Les douleurs ont reparu, moins fortes il est vrai, et avec elles quelques vomissements, puis les vomissements sont devenus habituels.

Au commencement de mai, je lui ai fait faire régulièrement un lavage tous les jours avec une solution boriquée et mis au régime suivant : un litre et demi de lait par jour, deux œufs à peine cuits et deux lavements de lait d'un demi-litre qu'il conservait parfaitement. Depuis cette époque, son régime n'a pas varié, il a seulement augmenté les œufs ; il en prend actuellement quatre par jour. Il ne fait plus qu'un lavage tous les trois ou quatre jours. Il a repris environ 10 à 12 livres et son état général est assez satisfaisant. S'il lui arrive de manger un peu de viande ou un potage, les douleurs reparaissent encore, et il retrouve une partie de ces aliments dans son lavage. Somme toute, amélioration énorme. Probablement, la sténose pylorique persiste et ne laisse passer que les aliments liquides ; mais cet état semble parfaitement compatible avec l'existence, et lui permet une alimentation suffisante. »

Ici, comme dans l'observation I, l'opération n'amène en somme qu'une amélioration et non la guérison complète. Nous avons déjà parlé de la reproduction possible des adhérences, nous pourrions encore l'invoquer ici. Du reste, il est assez difficile d'affirmer chez ce malade la guérison de l'ulcère primitif. Néanmoins, les bons résultats immédiats, pendant les quelques jours qui suivent l'intervention chirurgicale, sont une preuve que les adhérences contribuaient certainement pour une bonne part à la production des troubles.

Il reste donc, croyons-nous, un fait, à savoir l'appari-

tion, sous l'influence d'adhérences stomacales, de phénomènes douloureux, dont ces adhérences sont la cause directe, par les tiraillements auxquels est soumis l'estomac dans son péristaltisme. En outre, de quelque façon que s'établissent les troubles dyspeptiques concomitants, qu'il faille même invoquer pour les expliquer la production d'un *catarrhe secondaire*, les adhérences sont de ces troubles la cause première, le véritable point de départ. La disparition des accidents après la libération des adhérences par la laparotomie, *du moins dans la majorité des cas*, en constitue une preuve, en même temps qu'une indication précise pour le traitement.

CHAPITRE III

Adhérences de l'intestin (Intestin grêle et côlon).

Dans le domaine du tube intestinal, les adhérences, comme nous l'avons dit au début de ce travail, sont le résultat de la réaction inflammatoire provoquée dans la séreuse péritonéale par les phlegmasies soit du tube digestif lui-même, soit des organes génitaux internes, point de départ très fréquent chez la femme; ou le résultat d'une péritonite primitive d'emblée, quelquefois traumatique.

Ici par conséquent, le cas *idéal*, où la lésion primitive ayant disparu, les adhérences seules persistent, peut exister, tandis que pour l'estomac, la guérison de cette lésion primitive, le plus souvent un ulcère, pouvait être, dans quelques cas au moins, un fait discutable, et qu'en outre il fallait admettre la possibilité d'altérations secondaires.

La pathologie des adhérences intestinales est cependant

très complexe aussi, à cause de la diversité des conditions dans lesquelles peut se trouver placé en pareil cas l'intestin, conditions que nous analyserons plus loin.

Nous ne devons étudier dans ce chapitre que les phénomènes douloureux en quelque sorte chroniques, que provoquent ces adhérences intestinales. Nous avons suffisamment insisté, dans l'Introduction, sur la différence que nous établissons entre ces phénomènes douloureux et les *accidents aigus d'occlusion* pour ne pas y revenir. Soit par compression de l'intestin (étranglement par une bride épiploïque, aplatissement d'anses intestinales par des adhérences multiples), — soit par vice de position (torsion ou enroulement de l'intestin suffisants pour mettre entièrement obstacle au cours des matières), les adhérences peuvent causer les coliques de misère. Mais, en dehors de ces conditions, peuvent apparaître des phénomènes douloureux accompagnés de troubles légers des fonctions digestives, sans qu'il y ait à proprement parler obstacle au cours des matières, c'est-à-dire obstruction intestinale. Cette condition est réalisée d'une façon absolue, quand il n'y a pas de diminution de calibre de l'intestin, au niveau des adhérences. Mais une diminution de calibre peut exister aussi et ne pas entraîner pour cela d'obstruction, si elle est assez peu accentuée : elle ne donnera naissance qu'à des phénomènes chroniques également, et qui rentrent dans le cadre de notre étude.

Nous analyserons ces phénomènes douloureux, en essayant de les expliquer ; nous verrons que dans certains cas, il n'existe en somme qu'une différence de degré entre eux et les phénomènes aigus d'occlusion, ce qui les rend d'autant plus graves, car il est évident qu'ils doivent faire

craindre l'apparition possible de ces derniers. L'occlusion peut même se produire, sans qu'il existe de rétrécissement réel de l'intestin, en vertu de conditions spéciales, que nous étudierons à la fin.

C'est à ces divers titres que l'étude de ces phénomènes présente de l'intérêt.

Il est intéressant de signaler tout d'abord un fait curieux; c'est que des adhérences intestinales même étendues peuvent ne donner lieu à aucun phénomène douloureux ni à aucun trouble. Churchill ¹ dans son *Traité des maladies des femmes* rapporte une observation qui confirme ce fait :

Une femme de vingt-trois ans portait au côté gauche une tumeur du volume d'une tête d'adulte, mobile et donnant un son mat à la percussion; *aucun trouble*. Diagnostic: tumeur de l'ovaire. On opère; on trouve l'épiploon épaissi (un centimètre et demi); masse d'intestins adhérents entre eux. On rompt les adhérences, on suture l'abdomen. Guérison opératoire et disparition de la tumeur.

Nicaise cite également un cas d'adhérences intestinales très étendues, immobilisant la presque totalité des anses intestinales (intestin grêle adhérent au gros intestin et aux régions lombaires). Ces adhérences d'origine ancienne empêchaient tous les déplacements de l'intestin, permettant seulement ses contractions sur place, qui elles aussi devaient être gênées. Il ne semble pas pourtant que ces adhérences considérables et anciennes aient été accompagnées de douleurs intolérables; il n'y eut que des phénomènes de constipation opiniâtre.

¹ In Nicaise, *loc. cit*

Mais ces cas sont rares, et le plus souvent lorsqu'il existe des adhérences intestinales, celles-ci sont la cause de phénomènes douloureux.

Ces phénomènes douloureux sont signalés par la plupart des auteurs qui ont écrit sur les adhérences, mais les observations font en général défaut, et c'est pour cela que nous n'en avons pu réunir qu'un assez petit nombre.

Dans une thèse de Paris de 1839 ¹, les douleurs consécutives aux adhérences sont déjà décrites : « Dans le péritoine après la péritonite, lorsqu'il s'est formé des adhérences, les accidents ne sont pas moins fâcheux, car des coliques violentes viennent tout à coup tourmenter le malade, et même, si ces adhérences qui constituent des espèces de cordes viennent à entourer une partie d'intestin et à la serrer, on voit apparaître des coliques, des nausées, des vomissements, de la constipation, etc... » L'auteur admet donc en dehors des accidents aigus d'étranglement, des phénomènes douloureux chroniques, mais il ne cite pas d'observations à l'appui.

Les laparotomies plus fréquentes, dans ces dernières années, ont permis d'observer les choses de plus près ; c'est surtout en Allemagne qu'on s'est occupé de la question. Nous avons déjà cité, à propos de l'étiologie des adhérences, l'opinion de A. Jänicke (de Breslau) qui en aurait constaté très fréquemment chez les femmes ; cet auteur aurait remarqué que ces adhérences produisaient presque constamment des troubles de nature vague, « considérés, dit-il, souvent et à tort comme étant d'origine hystérique. »

¹ Defaye, *Histoire anatomique des inflammations adhésives*, th. de Paris, 1839.

Crédé, au XVI^e congrès des chirurgiens allemands ¹, cite, de ces coliques chroniques par adhérences, deux cas que nous rapportons, résumés (obs. XI et XII). L'auteur se montre partisan de l'intervention chirurgicale.

Lauenstein, incité par la communication de Crédé, rapporte lui-même au XXI^e congrès ², dix cas qu'il a opérés; ce sont des cas d'adhérences très complexes, étendues à la fois à l'estomac, à la vésicule biliaire, au côlon, à la paroi abdominale. Nous nous contenterons de les signaler. L'intervention chirurgicale amena la guérison dans la plupart; un seul fut mortel.

Enfin Riedel (d'Iena ³) a étudié plus récemment, à l'aide d'observations personnelles, les adhérences péritonéales au point de vue de leur étiologie, de leur pathologie, et surtout des résultats *éloignés* de l'intervention chirurgicale.

Telles sont les sources auxquelles nous avons puisé.

Examen des conditions dans lesquelles se trouve placé l'intestin adhérent. Nature des sensations douloureuses.

— On peut concevoir, *a priori*, que de la variabilité extrême des adhérences intestinales dans leur siège, leur disposition, leur forme etc... il résulte que les conditions dans lesquelles se trouve placé l'intestin adhérent peuvent être essentiellement différentes suivant les différents cas ;

¹ Crédé, Traitement chirurgical des coliques chroniques graves (*Revue des Sciences médicales de Hayem*), t. XXXI.

² Lauenstein, Brides épiploïques et adhérences dans l'abdomen, comme causes de coliques graves, (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1892.)

³ Riedel (d'Iena), *ouvrage cit.*

et qu'il existe tous les intermédiaires entre les faits de simples adhérences sans diminution de calibre des anses intestinales, et ceux où l'intestin subit au contraire diverses modifications anatomiques plus ou moins accentuées, amenant un rétrécissement véritable. Par l'analyse de ces conditions complexes, en commençant par les cas les plus simples, nous allons essayer d'expliquer les phénomènes douloureux, renvoyant au fur et à mesure aux observations que nous donnons à l'appui de notre exposé. *Nos considérations s'appliqueront à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin*, celui-ci ne différant en somme du premier que par la lenteur et la puissance de sa contraction.

Nous distinguerons deux sortes de sensations douloureuses :

- a) Celles qui sont dues aux *tiraillements* exercés sur l'intestin par les adhérences, en même temps qu'aux déplacements possibles de l'organe ;
- b) Celles qui sont dues à des *contractures de l'intestin*, véritables *coliques intestinales* de même nature que les coliques hépatiques et néphrétiques.

Commençons par l'étude de ces dernières :

Pour leur donner naissance, il suffit qu'il existe sur un point du trajet de l'intestin, une augmentation de résistance au passage des aliments. Or il n'est pas nécessaire pour créer cette augmentation de résistance qu'il y ait diminution du calibre intestinal. Dans un conduit, tel que l'intestin, où le mouvement de progression des matières se fait sous l'influence d'une ondulation propagée de proche en proche, ce que l'on a appelé le mouvement péristaltique, il est légitime d'admettre, que la transformation de ce conduit en un point quelconque de son parcours en

conduit rigide, l'interposition sur le trajet de ce canal contractile, d'une partie non contractile, sans même qu'il y ait en ce point de diminution de calibre, doit créer nécessairement une augmentation de résistance au passage des aliments, car au point rigide la série d'ondulations nécessaires à la progression de ces aliments ne se fait pas. Or, de telles conditions sont à peu près réalisées, lorsque des adhérences unissent une portion d'anse soit à la paroi abdominale, soit à un viscère voisin, ou à plus forte raison quand plusieurs anses intestinales sont adhérentes entre elles, ou englobées par l'épiploon (obs. XI) qui les immobilise. Au niveau des points adhérents, les contractions intestinales seront sinon complètement abolies, du moins diminuées ; il en résultera une difficulté du passage des aliments, même absolument liquides. Qu'arrivera-t-il ? C'est qu'en amont de la résistance et pour lutter contre elle, l'intestin se contractera plus violemment, accentuera son péristaltisme normal ; il est aisé de concevoir dans ces conditions l'apparition de coliques, puisque la colique n'est en somme qu'une exagération des mouvements de l'intestin.

Le premier élément de l'augmentation de résistance est donc la gêne, conséquence directe des adhérences, des contractions sur place de l'intestin. Un second élément non moins important est l'entrave apportée par ces adhérences aux déplacements normaux des anses intestinales qui, plus ou moins agglutinées, ne peuvent plus glisser les unes sur les autres, condition indispensable au cours régulier des matières.

Donc, en premier lieu, gêne des contractions sur place ; en second lieu, gêne ou entrave complète des déplacements

normaux de l'intestin, telles sont les deux conséquences immédiates de l'existence d'adhérences intestinales plus ou moins étendues, d'où il résulte la production d'une augmentation de résistance purement *fonctionnelle*, mais suffisante à elle seule pour causer des coliques très douloureuses, parce que l'intestin en amont de cette résistance exagère ses contractions dans le but de la vaincre.

A plus forte raison, ces coliques se produisent-elles, et avec plus d'intensité, lorsque, à l'augmentation de résistance dont nous venons de parler, résistance *fonctionnelle*, avons-nous dit, viendra s'ajouter une résistance *anatomique* créée par les modifications apportées par les adhérences dans la position des anses intestinales, les rapports qu'elles affectent entre elles ou les rapports de leurs parties constituantes, modifications qui nous amèneront peu à peu à une diminution véritable de calibre par flexion, coudure, enroulement de l'intestin sur lui-même ou rétrécissement par une bride produisant un étranglement léger. Nous reviendrons plus loin sur ces modifications anatomiques ; si nous en avons parlé dès maintenant, c'est pour montrer que, dans le cas où elles existent, le mécanisme d'apparition de la colique est identique à celui que nous venons d'exposer ; l'intensité des phénomènes douloureux seule variera et sera d'autant plus grande que la résistance sera plus augmentée.

A ces sensations douloureuses, véritables coliques intestinales de même nature, avons-nous dit, que les coliques néphrétiques et biliaires, s'ajoutent celles qui sont dues aux *tiraillements* de l'intestin. Ces tiraillements, conséquence immédiate, pour l'intestin comme pour l'estomac, de la fixation anormale du viscère en un ou plusieurs points,

prendront naissance sous l'influence des mouvements de ce dernier, et comme ces mouvements sont complexes, qu'en outre de cette ondulation péristaltique propagée de proche en proche dont nous parlions plus haut, il se produit dans l'ensemble des anses intestinales des déplacements, des glissements en tous sens de ces anses les unes sur les autres, ces tiraillements ne s'exercent pas seulement au point même où siègent les adhérences, mais se feront sentir aussi sur les portions d'anses voisines restées libres, non adhérentes, mais gênées dans leurs mouvements normaux; en dehors des heures de digestion, il pourra ne se produire que des sensations vagues, mais au moment du passage des aliments, l'on comprendra aisément de quelle intensité seront les tiraillements et partant les douleurs qui en résultent, si l'on songe qu'à ce moment les mouvements de l'intestin sont, comme nous venons de le voir précédemment, plus accentués qu'à l'état normal.

L'accès douloureux, il n'est pas besoin de le dire après cet exposé, coïncide avec le moment de la digestion intestinale; il apparaîtra plus ou moins longtemps après l'ingestion des aliments, suivant le siège des adhérences en un point plus ou moins éloigné de l'origine de l'intestin, le siège d'où dépend aussi la localisation de la douleur ou de son maximum; la durée et l'intensité des douleurs seront en rapport avec la difficulté du passage des aliments; lorsque ceux-ci ont passé, la crise cesse.

Il n'y a donc *a priori* que difficulté et non entrave complète apportée au libre cours des matières; les fonctions digestives s'effectuent malgré tout, les selles peuvent rester libres et régulières. Mais que d'autres influences interviennent pour accentuer l'obstacle, telles que la

composition des repas, l'alimentation plus ou moins grossière (petits os, morceaux tendineux, etc...), l'état de congestion plus ou moins intense de l'intestin, les douleurs seront plus fortes, de plus longue durée, la constipation apparaîtra. De là à des phénomènes d'occlusion avec ballonnement du ventre, vomissements stercoraux, fièvre, etc..., il n'y a qu'un pas. Nous reviendrons plus loin sur ces phénomènes possibles d'occlusion, toujours à craindre dans le cas d'adhérences, et qui font par conséquent de ces dernières des lésions réellement graves, alors que même elles n'ont donné lieu antérieurement qu'à des accidents chroniques se traduisant exclusivement par des douleurs passagères, sans autres troubles de la digestion.

A l'appui des considérations qui précèdent, nous renvoyons à l'observation IX, intéressante à plusieurs points de vue, car elle prouve, d'abord que des phénomènes douloureux analogues à ceux que venons d'étudier peuvent apparaître sans qu'il semble y avoir diminution de calibre de l'intestin, comme le montre la persistance des selles; ensuite le rôle dans la production des phénomènes douloureux du péristaltisme intestinal exagéré, au point d'être visible à travers la paroi abdominale au niveau du siège de la douleur; enfin la possibilité d'aggravation brusque des accidents, faisant craindre une terminaison fatale. Elle montre aussi les bons résultats que l'on peut espérer de l'intervention chirurgicale en pareil cas.

Revenons à l'étude des *modifications anatomiques* diverses, que peuvent produire les adhérences intestinales, modifications que nous n'avons fait que signaler précédemment.

Supposons d'abord, que des adhérences unissent entre elles les deux portions d'une anse intestinale, en les maintenant intimement accolées, il y aura par le fait de cet accollement, transformation de l'anse en un U plus ou moins brusquement coudé; à un degré plus accentué, formation d'un véritable éperon. — Ces adhérences peuvent amener peu à peu une diminution du calibre de l'intestin au niveau de l'éperon, en même temps que le bout supérieur dilaté finit par comprimer le bout inférieur, comme la vessie distendue comprime l'embouchure de l'uretère (Nicaise). Cet auteur a vu un cas de ce genre, chez un malade qui faisait usage d'une nourriture grossière, mêlée de petits os, noyaux, gros morceaux tendineux, lesquels en passant au niveau du point rétréci provoquaient des douleurs intestinales atroces.

Ici le rétrécissement dépend donc de la *coudure*. Or, cette coudure plus ou moins accusée, pourra se produire encore dans le cas où une anse intestinale est fixée par des adhérences, soit à un organe voisin, soit surtout aux parois abdominales ou pelviennes. Dans la cavité abdominale, où les déplacements de l'intestin ont pour s'effectuer un espace relativement étendu, la coudure n'est pas nécessairement permanente; sous l'influence des mouvements de l'intestin elle peut disparaître à un moment donné pour reparaitre ensuite, ce qui expliquerait l'alternative de crises douloureuses et de périodes de calme. Dans le bassin, au contraire, l'intestin adhérent est à peu près immobilisé dans la même position, vu l'étroitesse de la cavité, outre que la coudure est plus brusque, ce qui permet de comprendre le fait, signalé par Nicaise, que les adhérences dans la cavité pelvienne produisent des dou-

leurs et des accidents plus graves que dans la grande cavité abdominale. « Quand les adhérences fixent l'intestin grêle dans le bassin, dit Nicaise, elles s'accompagnent généralement de douleurs et de troubles de la digestion se rapprochant plus ou moins de l'occlusion intestinale. L'intestin est en effet gêné dans ses déplacements et présente dans le fond du bassin une coudure plus ou moins marquée. Quand les aliments ont quitté l'estomac et pénètrent dans l'intestin grêle, quand ils arrivent à la coudure pelvienne, il se produit des douleurs qui surviennent trois ou quatre heures après le repas. Si la coudure est assez aiguë, les matières s'accumuleront au dessus, et amèneront des symptômes d'occlusion, constipation, nausées, vomissements. »

Nous n'avons pu trouver qu'une seule observation publiée, d'adhérences de l'intestin dans la cavité pelvienne, comme cause de phénomènes douloureux. Nous la reproduisons plus loin (obs. X).

De même que celle de l'intestin grêle, la coudure du côlon, produisant un retrécissement, deviendra cause de phénomènes douloureux, surtout si cette coudure est plusieurs fois répétée (obs. XII).

Voilà donc une des modifications que peuvent produire, dans la disposition normale des anses intestinales, des adhérences entre les portions de ces anses mêmes, ou entre ces anses et les parois de l'abdomen ou du bassin. Une autre, non moins intéressante, est *l'enroulement, la torsion de l'intestin sur lui-même*, fait qui doit se produire surtout pour le gros intestin, dont les parois sont plus épaisses, le calibre plus grand et surtout dont la fixité de position permet plus facilement que dans l'intestin

grêle, cette rotation autour de l'axe d'une partie du vis-
cère, le reste conservant sa position normale.

A fortiori, les conditions nécessaires à la production de phénomènes douloureux, de coliques, sous l'influence du passage des matières, seront réalisées dans tous les cas d'*aplatissement* de l'intestin par bride péritonéale ou de *rétrécissement annulaire*, insuffisants pour provoquer par eux-mêmes l'arrêt complet du cours des matières, et par conséquent l'occlusion aiguë, mais n'en donnant pas moins lieu à des coliques chroniques, d'autant plus fréquentes et d'autant plus douloureuses, nous le répétons, que la résistance au cours des matières sera plus accentuée.

Voici les quelques observations que nous avons pu recueillir, à l'appui des faits que nous venons d'exposer :

OBSERVATION IX

(G. W. Gay, *Boston med. journal*, 13 janvier 1887.)

*Laparotomie dans un cas d'adhérences récentes de l'intestin
à la paroi abdominale. — Guérison.*

Franck R..., âgé de quatorze ans, vigoureux et de constitution robuste, travaillant dans une fabrique de cordages. Le 27 août 1886 il vint dès le matin à la fabrique, aussi bien portant que d'habitude ; il alla à la selle, et contrairement à son habitude il fit une énorme quantité de gaz ; il fut immédiatement pris d'une douleur abdominale intense à droite de l'ombilic. La selle fut libre et aisée. Le jeune homme revint à son travail, mais n'y resta qu'une heure à cause de l'intensité de la douleur. Bientôt après, le malade arriva

chez lui fut visité par le Dr W. H. Emery qui fut obligé pour calmer la douleur, de lui faire trois injections sous-cutanées de morphine.

Le malade passa une bonne nuit, mais le lendemain, le ventre présentait du tympanisme et était très sensible partout. On ordonna la morphine à doses modérées. Vingt-quatre heures plus tard, le tympanisme avait disparu, et une tumeur était découverte, située à droite de la ligne médiane juste au-dessous de l'ombilic. Elle était proéminente au toucher, mobile et sensible. Le traitement consista surtout à employer la morphine; fomentations et cataplasmes. La température oscilla entre 38°3, et 38°8, et le pouls entre 92 et 100. Peu de vomissements; constipation pendant les quatre premiers jours, puis après, liberté des selles et même trop grande liberté. La tumeur augmenta pendant une semaine, jusqu'à doubler de volume, puis elle diminua lentement, et la douleur disparut graduellement.

Deux mois après le début de l'attaque (11 septembre), je vis le malade avec le Dr Emery. Il avait été presque exempt de douleurs depuis plusieurs jours, quand sans cause apparente la douleur revint et fut plus violente que jamais. Le malade avait maigri et perdu de sa vigueur; il était confiné au lit, avait perdu l'appétit et commençait à vomir. *Les selles étaient libres et régulières.*

La douleur était localisée à une région d'environ 10 à 12 centimètres de diamètre à droite et un peu au-dessous de l'ombilic. On ne sentait aucune tumeur nette et l'abdomen était encore plus ballonné en ce point que partout ailleurs. Il était à peine sensible et la sonorité était presque normale. Il n'y avait ni fluctuation, ni œdèmes, ni dilatations veineuses. L'affection intéressait évidemment les tissus profonds. *La douleur correspondait au péristaltisme de l'intestin, et pendant leurs contractions les anses intestinales étaient visibles à travers la paroi abdominale.*

De la localisation et du caractère de la douleur, je conclus que l'intestin était adhérent à la paroi abdominale; mais il était évident que *ces adhérences n'étranglaient pas le calibre de l'intestin*, puisque les selles étaient de fréquence et de quantité normale. Un vésicatoire fut appliqué sur la région malade, suivi de cata-

plasmes ; la morphine fut injectée sous la peau à des doses considérables.

En dépit de ce traitement, le sujet devint bientôt plus malade la douleur et l'insomnie augmentèrent partiellement soulagés par de fortes doses de morphine. Le hoquet commençait à se montrer, tous les symptômes tendaient à la mort. Le quatrième jour de la rechute (14 septembre), l'état fut si déplorable que l'on ne pouvait attendre que peu de chose du dernier essai de traitement médical, et que la question d'intervention chirurgicale demanda considération et décision. Je conseillai une laparotomie exploratrice. Le médecin de la famille soutint énergiquement mon avis et finalement les parents consentirent. Le malade fut immédiatement transporté à l'hôpital, et l'opération pratiquée avec les précautions antiseptiques. Anesthésie à l'éther. Incision de 5 centimètres environ sur la ligne médiane, juste au-dessous de l'ombilic. La cavité péritonéale fut ouverte et une très petite quantité de liquide s'échappa. On trouva les *intestins adhérents aux parois* sur un espace de 10 à 12 centimètres de diamètre correspondant à la zone sensible de la surface. Avec les doigts, les intestins furent lentement et soigneusement séparés de leurs points d'attache anormaux. Les adhérences n'étaient solides qu'en un point ; partout ailleurs elles se laissèrent détacher facilement. L'hémorragie fut de peu d'importance et aucune ligature ne fut nécessaire. Deux ou trois petites éponges suffirent pour enlever le sang du péritoine. La plaie fut refermée par deux plans de sutures ; un continu pour le péritoine, un interrompu pour les autres tissus. Pas de drain. Pansement à l'iodoforme ; gaze absorbante et ouate.

Le malade se remit bien de l'opération et eut peu de vomissements ; mais dans la nuit il fut agité et eut de très grandes douleurs. La douleur fut cependant plus modérée qu'avant l'opération. Le lendemain il y eut des signes manifestes d'amélioration. Les intestins se mouvaient librement et la morphine était beaucoup moins nécessaire. Deux jours après l'opération, le masque de souffrance et d'anxiété avait disparu et le malade était très soulagé. Il prit de la nourriture sans nausées ni vomissements. Les intestins s'agitèrent quatre fois, mais sans beaucoup de douleurs. Les opiacés

furent supprimés le troisième jour. La plaie fut examinée le cinquième jour, on la trouva réunie ; les sutures superficielles furent enlevées vingt-quatre heures après ; pas de suppuration.

Le poulx et la température redevinrent normaux le troisième jour, et se maintinrent. Pendant la convalescence, le malade fut plus ou moins atteint de diarrhée, laquelle sous l'influence de petites doses d'huile de ricin, finit par cesser complètement.

Dix jours après l'opération, il y eut un accès de douleur dans l'intestin durant un jour ; il faut l'attribuer à la suture péritonéale. En effet dans l'espace d'un mois, l'extrémité de la suture profonde apparut à l'orifice d'une petite ouverture de la plaie, et fut enlevée. La soie n'avait pas été proprement préparée, de là cette petite ulcération.

Six semaines après l'opération, la plaie était solidement refermée, et le malade debout se promenait autour de la salle, se sentant, disait-il, « de première qualité. » Les selles étaient régulières, l'appétit bon, l'embonpoint et la force revenaient vite. La cicatrice était d'apparence ferme et solide. Il y a lieu maintenant d'espérer un rapide et complet retour à la santé.

OBSERVATION X

(Lawson Tait. *Medical Times*, 19 juillet 1884.)

Cas d'adhérences de l'intestin dans le cul-de-sac de Douglas.
— *Douleurs intenses. — Guérison par laparotomie.*

S. B., âgée de trente-deux ans, se présentait à l'hôpital des femmes de Birmingham, le 1^{er} novembre 1883, se plaignant de *douleurs pelviennes constantes* datant de ses dernières couches, et très aggravées, car la malade s'est surmenée depuis six semaines. A l'examen, l'utérus semble quelque peu fixé à une masse placée derrière lui, sensible à la pression et probablement kystique. Mais vu que la malade ne se plaignait d'aucune augmentation de douleurs pendant ou avant la menstruation, je ne pouvais dia-

agnostiquer une occlusion ou une distension d'une trompe. Quoi qu'il en soit, je ne fis pas de diagnostic et conseillai une laparotomie ; la malade accepta et je l'opérai le 8 novembre. Je trouvai une bonne quantité de pus dans le bassin, et *une anse d'intestin adhérente au cul-de-sac*. Je rompis les adhérences sans trop de difficulté, et fermai l'abdomen.

La malade quitta l'hôpital le 28 novembre, complètement délivrée de ses douleurs. Je l'ai revue depuis (7 juillet); elle n'a eu aucun retour de ses anciens symptômes. La santé est parfaite.

Le cas est d'autant plus intéressant, que, comme le fait remarquer l'auteur, les signes physiques étant précisément ceux d'un pyosalpynx ou d'un hydrosalpynx, si la malade avait beaucoup souffert pendant la menstruation le diagnostic de l'une ou l'autre de ces affections aurait pu être posé, et alors on conçoit quels désavantages auraient pu résulter par exemple de la ponction par le vagin, en pareil cas.

OBSERVATION XI

(Crédé, *loc. cit.*).

Il s'agit d'une femme, âgée de trente-cinq ans, qui à la suite d'une péritonite souffrait de crises de violentes coliques ; la laparotomie fut faite, et on trouva l'*épiploon adhérent à la paroi abdominale, et englobant plusieurs anses intestinales*. Les adhérences furent rompues, et la guérison se maintient depuis un an.

OBSERVATION XII (même auteur).

Il s'agit d'une malade qui à la suite de contusions répétées de l'hypocondre droit, ressentait de violentes coliques dans cette région, et souffrait en même temps d'une constipation opiniâtre. On

pratique la laparotomie. On trouve le *côlon transverse* plusieurs fois *coudé* sur lui-même, et *fortement fixé au foie par un tissu résistant*. L'intestin fut libéré, le tissu hépatique touché au thermo-cautère. Guérison.

OBSERVATION XIII

(Riedel, d'Iena, *loc. cit.*)

M^{me} Z..., quarante ans, entrée le 26 avril 1892. Cette femme, qui est issue d'une famille bien portante et qui jusque-là s'était elle-même bien portée, souffre depuis six ans de troubles stomacaux multiples, nausées, vomissements, sensation de pesanteur dans la région de l'estomac ; en même temps maux de tête et insomnie.

Depuis trois ans, se sont produits de *violents accès de coliques*, avec des vomissements durant tout un jour, *les douleurs se sont localisées surtout du côté droit au-dessous de la courbure des côtes*. Des accès très légers sont survenus depuis très fréquemment.

De nombreux médecins furent consultés ; le dernier avait mis en usage tous les moyens possibles, comme il ne voyait absolument aucun résultat, il conseilla une laparotomie exploratrice, parce que quelque entrelacement ou torsion de l'intestin devait exister.

L'examen de la malade pâle et amaigrie ne donne absolument aucun résultat, à part le gonflement du ventre et la sensibilité à la pression du côté droit, au-dessous de la courbure des côtes ; foie paraissant un peu gros ; utérus très augmenté de volume, mais dans sa situation normale, relativement peu mobile.

Le 1^{er} mai 1892, incision au niveau de la vésicule biliaire ; on trouve un *cordon gros comme une aiguille à tricoter, émanant de l'épiploon et entourant transversalement le côlon transverse et rétrécissant environ de moitié la lumière de ce dernier*. Ce cordon paraît s'insérer à la paroi abdominale postérieure. Après section de ce cordon, fermeture de la plaie abdominale.

La réaction consécutive à l'opération fut très intense. La malade ne se rétablit que le lendemain. En juin, toutes les incommodités

d'autrefois avaient disparu ; l'appétit devint excellent, mais le poids de la malade augmenta peu, à cause d'hémorragies menstruelles très abondantes.

En septembre 1893, la malade se représenta, elle avait augmenté de 12 livres, et était devenue assez plantureuse. Les douleurs abdominales avaient complètement disparu ; on pouvait déprimer l'abdomen partout sans produire de sensations douloureuses.

Dans les deux observations qui suivent, traduites également du mémoire de Riedel d'Iéna, il y a à la fois des adhérences du côlon, et des adhérences de la vésicule biliaire. Les conséquences en sont des coliques étendues à tout le côté droit, coliques dans la production desquelles interviennent pour leur part, et les adhérences de la vésicule, et les adhérences du côlon.

Dans des cas analogues, l'analyse des symptômes devient d'autant plus difficile ; il est impossible de faire la part de ce qui dépend des adhérences de l'un ou de l'autre organe ; mais, vu le fait de la disparition des troubles après l'intervention chirurgicale, de telles observations n'en sont pas moins des documents à l'appui et de ce que nous avons dit des adhérences de l'intestin dans ce chapitre et dans notre chapitre suivant.

OBSERVATION XIV (même auteur).

Mlle F..., vingt-trois ans, entrée le 1^{er} septembre 1892. Parents bien portants ; la mère cependant a été atteinte de maladie mentale dans les dernières années de sa vie.

A seize ans, catarrhe stomacal ; guérison par diète prolongée pendant plusieurs semaines ; à part cela, quelques maux de gorge.

En 1888, première atteinte de coliques douloureuses, puis une

attaque de crampes d'estomac avec vomissements de bile. A partir de 1890, ces accès se renouvelèrent si bien que *l'on pensa à un ulcère de l'estomac* ; on parla aussi de *calculs biliaires* ; plus tard, on admit *un rein flottant* du côté droit. A ce moment, la malade voyageait beaucoup ; aussi consulta-t-elle beaucoup de médecins, dont les avis furent très différents.

En août 1893, grave accès de coliques d'une durée de vingt-quatre heures, accompagné de vomissements violents. La malade dépeint elle-même ses accès : « le plus souvent, ils se produisent après une irritation alcoolique ou après avoir mangé, quelque aliment du reste que j'aie mangé ; ils arrivent d'ordinaire le soir. Mon premier mouvement est pour enlever le vêtement qui me serre ; tout me semble trop étroit. Des frictions avec des boissons très chaudes calment un peu ces violentes douleurs qui occupent surtout le côté droit du ventre. Après un accès qui ne dure souvent que quelques instants, mais souvent aussi plusieurs heures, j'éprouve un grand besoin de dormir. La digestion se fait le plus souvent d'une façon normale, la langue n'est pas chargée, seulement, le lendemain d'un accès se produit souvent une saveur pâteuse. »

Depuis le dernier accès, la douleur et la sensation de poids persistent dans le côté droit, tandis qu'auparavant entre les accès qui se produisaient toutes les quatre ou six semaines, il y avait parfaite bonne santé, grâce à une diète rigoureuse.

Maintenant, les douleurs rayonnent aussi dans la jambe droite et dans le dos. La malade ne se trouve réellement bien que si elle repose tranquille sans corset sur le dos.

Dans les tout derniers temps, elle avait eu plusieurs jours la fièvre avec une violente diarrhée. Comme par conséquent son état s'était aggravé beaucoup, la malade souhaitait d'être débarrassée à tout prix de son mal.

On l'examine quatorze jours durant, sans pouvoir faire un diagnostic. Seule la sensibilité à la pression dans le côté droit du ventre demeurerait constante. Rien d'anormal non plus au toucher. Ainsi resta seulement la possibilité d'admettre des adhérences comme cause du mal, et l'on se décide à intervenir.

Opération ; le 14 septembre. — Incision sur la vésicule biliaire. On constate les choses suivantes :

a) *Adhérences du côlon transverse avec la vésicule biliaire au loin jusqu'au col de la vésicule, si bien que l'intestin avait été attiré en haut.*

b) *Echeveau d'épiploon adhérent avec la partie droite du côlon transverse et le côlon ascendant ; ces masses d'épiploon sont adhérentes à la paroi antérieure de l'abdomen.*

c) *L'appendice vermiculaire à sa base est uni au cæcum ; plus loin il est libre ; à son extrémité inférieure, léger rétrécissement.*

Tout d'abord, on libère avec facilité les adhérences très faibles entre le côlon et la vésicule ; celle-ci, auparavant très modifiée dans sa forme par les adhérences, s'étend et reprend sa forme normale ; elle ne renferme pas de calculs. La libération du côlon ascendant fut plus difficile, les adhérences n'avaient en somme aucune fin ; on n'est pas certain que la libération ait été complète.

L'appendice vermiculaire fut seulement détaché et non enlevé, le processus inflammatoire primitif étant manifestement terminé.

Suture de la paroi abdominale.

Le premier jour après l'opération, la malade vomit presque continuellement, puis elle se calma. Pouls et température normaux.

Le 24 septembre, la plaie était cicatrisée. La malade fut cependant maintenue au lit. Selles lentes, obtenues seulement par des lavements. Fréquemment, la malade se plaignit de sensations douloureuses ; sans injection de morphine, le sommeil n'était pas possible, cependant, l'injection d'eau distillée produisait le même effet.

Depuis son départ (9 novembre 1892), la malade s'est représentée plusieurs fois, elle a très bonne apparence, mais elle a encore toujours à lutter contre des incommodités quand elle va à la selle. C'est le massage de l'abdomen qui produit le meilleur effet. Des douleurs se produisent de temps en temps dans le côté gauche du ventre qui n'a pas été opéré. La cicatrice est solide et ferme ; aucun signe de rupture.

OBSERVATION XV (même auteur).

Mme M..., trente cinq ans, entrée le 20 octobre 1892. Parents bien portants ; à treize ans, fièvre scarlatine et diphtérie avec néphrite consécutive.

A dix-sept ans, violent rhumatisme articulaire aigu qui dure dix semaines.

En 1885, mariage qui ne dure que cinq semaines ; le mari meurt brusquement, tandis que la malade, pendant de longs jours sans connaissance, reste alitée avec un érysipèle de la face. Trois mois plus tard, avortement. Là-dessus, douleurs d'estomac, vomissements, perte d'appétit, plus tard, vomissements de sang, très réelle amélioration par une cure à Carlsbad, au printemps de 1887. Mais à peine une année après, récurrence ; amélioration par le lait. Après de violentes émotions (mort de son père), violentes douleurs dans l'estomac, selles sanglantes ; amélioration par lavements. En septembre 1889, de nouveau, maux d'estomac prolongés et hémorragie intestinale. En automne 1890, douleurs dans le côté droit qui s'irradient dans la jambe droite ; ictère qui ne dure qu'un jour après une vive contrariété.

En été 1891, une tumeur fut remarquée dans le côté droit, que son médecin prit pour un rein flottant, tandis qu'un gynécologue parlait de calculs biliaires, et en outre d'irritabilité de l'ovaire et de déviation de l'utérus. Un an plus tard, cette tumeur s'était tellement accrue, qu'on pensa à une tumeur de l'ovaire, et qu'on conseilla une opération.

Les douleurs de tête et les vomissements vinrent récemment beaucoup plus souvent que jadis, et un jour les douleurs abdominales devinrent si violentes que la malade dut s'aliter ; fatiguée d'un tel supplice, elle réclame une opération.

L'examen de la malade, très grasse, ne donna absolument aucun résultat. Le côté droit de l'abdomen était un peu sensible à la pression, *mais on ne sentait pas de tumeur*. Organes génitaux sains. Le pouls est de 120, mais les bruits du cœur sont normaux.

Pas d'albumine dans les urines. Une opération ne paraissait donc nullement indiquée, mais la malade persiste opiniâtement dans sa résolution.

Opération, le 25 octobre 1892. — On trouve tout d'abord *le fond de la vésicule biliaire (normale pour le reste d'ailleurs) si solidement uni au côlon transverse*, qu'une désunion sans ouverture des deux cavités semble impossible. On y renonce.

Plus bas, *le côlon ascendant se présente fortement enroulé et uni à la paroi abdominale antérieure, par des adhérences très complexes*. L'appendice vermiculaire est épaissi au niveau de son extrémité inférieure, mais non épaissi. Les adhérences sont libérées aussi loin que possible ; on réussit à déployer le côlon à peu près suffisamment.

La guérison eut lieu sans réaction abdominale, sans élévation de température.

Au milieu de novembre, la malade présenta des symptômes qui font penser à une néphrite aiguë, puis se rétablit lentement. Dans une lettre du 14 juin 1893, elle annonçait qu'elle allait mieux depuis quatre semaines, qu'elle n'avait plus de douleurs, et qu'elle pouvait courir après avoir monté et descendu plusieurs escaliers. Le 8 octobre 1893, elle écrit ce qui suit : Je dois dire que je me trouve bien et mal ; j'ai eu quelquefois des vomissements épouvantables, certains jours, aussi la place opérée me fait très mal. A certains moments je me sens très bien, sans aucune douleur.

A la fin de novembre, la malade se représenta ; les douleurs par elle mentionnées trouvaient maintenant une explication dans la cicatrice, qui s'était allongée considérablement. Un bandage couvenable avec pelote amena une très grande amélioration.

Dans ces deux observations, les malades, suivant l'auteur auraient eu à un moment donné des calculs biliaires qui auraient été le point de départ des adhérences ou au moins d'une partie ; les légères inflammations de l'appendice et le catarrhe de l'intestin auraient fait le reste.

Quant à la tumeur constatée chez la dernière malade

(obs. XV), il en fait une tumeur excrémentitielle avec inflammation concomitante de l'intestin.

Complications. — Voilà donc un certain nombre de faits dans lesquels les adhérences ne produisent en somme que des accidents chroniques, se traduisant surtout par des douleurs, et une gêne simple dans l'accomplissement régulier des fonctions digestives, accidents, qui, par conséquent ne semblent pas être d'une gravité exceptionnelle et qui sont cependant très graves, parce que, nous l'avons déjà dit, ils doivent toujours faire craindre l'apparition brusque et inopinée de phénomènes aigus d'occlusion; il n'y a entre les premiers et les seconds qu'une différence de degré.

Nous n'insisterons pas sur ces faits d'occlusion dans les cas où il existe des modifications anatomiques créant un véritable obstacle mécanique dans l'intestin. Ce sont des faits très anciennement connus; l'histoire de l'étranglement interne par brides péritonéales n'est plus à faire. Il est évident que, s'il existe dès l'abord un rétrécissement réel, quelque peu accusé qu'il soit, par aplatissement, enserrement circulaire, ou même simplement par coudure ou enroulement de l'intestin, ce rétrécissement pourra entraîner plus tard un véritable étranglement, sous l'influence de conditions accessoires et nombreuses. Mais même dans les cas où les adhérences ne font subir à l'intestin aucune modification anatomique, dans les cas où il n'existe que des adhérences plus ou moins étendues mais n'amenant pas de diminution du calibre intestinal, l'occlusion peut apparaître, et c'est ce que nous tenions à signaler.

L'occlusion peut apparaître en premier lieu dans un intestin adhérent par *coudure brusque* au niveau des adhérences ; la coudure ne préexistait pas, quelques liens cellulux seuls unissaient une anse intestinale à une partie voisine, et par conséquent aucun accident antérieur bien appréciable ne pouvait faire supposer l'apparition de phénomènes graves. Brusquement l'intestin se coude, d'une façon assez accentuée pour produire un obstacle complet et une terminaison fatale. C'est ce point qu'a bien fait ressortir Noël Hallé¹ dans une étude sur « l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin » à propos d'un cas qu'il a observé lui-même.

Nous avons observé, en 1884, pendant notre internat dans le service de notre bien cher maître, M. Guyot, un cas d'occlusion intestinale de cause rare. Ni l'histoire de la malade, ni l'examen le plus attentif ne permirent de diagnostiquer d'une façon certaine le siège ni la nature de l'obstacle. La marche rapide et la gravité des accidents firent penser à un étranglement par bride péritonéale.

La laparotomie fut décidée, devant l'échec de tous les moyens médicaux ; elle fut pratiquée par M. le Dr Bouilly ; l'obstacle ne put être reconnu ni levé ; la malade succomba rapidement. A l'autopsie, nous ne trouvâmes qu'une anse d'intestin grêle, voisine du cæcum, adhérente par *des liens cellulux*, en un point du détroit supérieur du bassin et brusquement coudé au niveau de cette adhérence. L'état de l'intestin, au-dessus et au-dessous de cette lésion, ne laissait point de doute sur la réalité de l'occlusion en ce point.

M. Hallé rapporte en outre dans son travail quelques observations analogues à celle-là, publiées antérieurement par divers auteurs.

¹ Noël Hallé, De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin, (*Revue de chirurgie*, 1887.)

Voilà donc une première cause d'occlusion, intéressante à connaître, et qui montre la gravité des adhérences, même peu étendues. L'occlusion peut se produire, en second lieu, même sans diminution de calibre, par un mécanisme qu'a bien mis en lumière Boiffin¹ dans sa thèse inaugurale, pour expliquer l'apparition brusque de phénomènes d'obstruction, dans des cas de hernies adhérentes au sac, sans qu'il y ait eu pourtant étranglement de la hernie : « L'intestin, dit-il, est immobilisé, engainé par des adhésions intimes ; il reste ainsi pendant plus ou moins longtemps sans accidents, les fonctions digestives se font tant bien que mal avec quelques douleurs, quelques nausées passagères, mais un jour sous l'influence d'un traumatisme, d'un repas trop abondant, d'une indigestion, il se fait une congestion violente qui vient aggraver l'épaisseur des parois intestinales par un afflux sanguin abondant ; le développement excentrique de l'intestin est entravé par une adhérence, et ne peut se faire qu'aux dépens de la cavité intestinale elle-même qui se trouve rétrécie et même obstruée. » Il est évident que de telles conditions peuvent être réalisées aussi dans le cas d'adhérences unissant intimement plusieurs anses entre elles, ou quand une masse d'anses intestinales se trouve englobée dans l'épiploon adhérent, comme dans l'observation XI, citée plus haut. Dans de tels cas, par conséquent, l'obstruction intestinale peut apparaître brusquement, et causer la mort si l'on ne peut intervenir à temps et avec succès.

Enfin l'obstruction intestinale peut être le résultat de la

¹ Boiffin, *Hernies adhérentes au sac*, th. de Paris, 1887.

parésie de l'intestin, consécutive elle-même à la contracture prolongée de l'organe. Cette parésie intestinale succédant à la contracture de l'intestin, et produisant une obstruction, parce que les matières, n'étant plus poussées en avant, finissent par s'accumuler en un point, est un fait qui a été constaté par un auteur américain, William Easterly Ashton¹, et il l'explique ainsi : « Les parois du tube intestinal renferment un système nerveux, le plexus d'Auerbach qui préside à leurs contractions péristaltiques. Pour que ce système entre en action, il faut un agent stimulant : si toute influence disparaît, les mouvements de l'intestin s'arrêtent. C'est ce qui se passe vis-à-vis de la moelle allongée au cours de l'apnée ; c'est également le même phénomène qui préside au fonctionnement de la respiration intra utérine. Cet état de cessation des mouvements intestinaux peut s'appeler *apéristaltisme*. Tous les stimulants que l'on applique sur le plexus mésentérique augmentent le péristaltisme : celui-ci peut devenir assez violent pour produire une contracture spasmodique de la musculature intestinale ; on a alors le *dyspéristaltisme*, correspondant au terme *dyspnée*. Ce dernier état peut enfin, si l'on pousse l'excitation encore plus loin, faire place à l'arrêt de tout mouvement de l'intestin et l'on arrive alors à la *parésie intestinale* par épuisement. »

Ne peut-on pas supposer qu'il puisse en être de même lorsque l'intestin luttant contre l'augmentation de résistance créée par les adhérences sur un point de son parcours,

¹ W.-E. Ashton, Pathologie des obstructions intestinales consécutives aux opérations abdominales et pelviennes (*The Medical News*, 30 juillet 1892).

exagère son péristaltisme normal, arrive jusqu'à la contracture, jusqu'au spasme? Si cet état dure trop longtemps il est admissible que la parésie puisse lui succéder, et par conséquent que l'obstruction intestinale se produise là encore.

Telles sont les différents mécanismes qui peuvent produire l'occlusion, dans les cas d'adhérences de l'intestin, même quand il n'existe pas de modifications anatomiques de ce dernier, même quand l'intestin n'est pas rétréci. Nous avons tenu à signaler ces faits, parce qu'ils ne sont qu'une preuve de plus de la gravité, *dans tous les cas*, des adhérences intestinales, même lorsque celles-ci n'ont entraîné antérieurement que des troubles légers, n'ayant pas même intéressé d'une façon notable la santé du malade. Il faudra toujours avoir à l'esprit, la possibilité d'apparition, un jour ou l'autre, de cette complication qui peut être mortelle.

CHAPITRE IV

Adhérences de la vésicule biliaire.

Un certain nombre d'observations semblent établir que des adhérences de la vésicule biliaire peuvent donner naissance à un ensemble de symptômes douloureux de tous points analogues à ceux des coliques hépatiques véritables produites par l'évacuation de calculs, c'est-à-dire à des crises intermittentes de douleurs, parfois très vives, dont le maximum se trouve dans la région de l'hypocondre droit, mais qui s'irradient plus ou moins, crises accompagnées de vomissements, et dont la durée peut varier de quelques heures à plusieurs jours (12 à 14 jours dans l'obs. XVIII). Aussi, dans la plupart des cas auxquels nous faisons allusion, ce ne fut que l'intervention chirurgicale, pratiquée en raison de la gravité et de la durée des symptômes, qui montra que la véritable cause des accidents, était l'existence d'adhérences; le diagnostic de lithiase biliaire avait été posé.

Le fait peut paraître discutable; et il est certain que

d'une part, la constatation d'adhérences de la vésicule, d'autre part l'absence de calculs dans cette vésicule ou dans les canaux, ne sont pas des preuves suffisantes que des calculs n'aient pas pu être la cause effective des phénomènes observés. C'est l'évacuation du calcul qui produit la douleur dans la colique hépatique, et l'accès douloureux cesse précisément lorsque le calcul a passé, lorsqu'il est tombé dans le duodénum. Par conséquent, chez les malades dont nous nous occupons ici, même si des calculs eussent été le véritable agent pathogénique, il était rationnel que lors de l'opération, pratiquée naturellement en dehors d'un accès, l'on n'en trouvât pas, car ils devaient être déjà évacués. Mais du moins, la disparition de tous les accidents après la destruction des adhérences, est un argument beaucoup plus valable pour permettre d'attribuer à celles-ci la pathogénie de ces accidents.

Lauenstein, au XXI^e Congrès des chirurgiens allemands, en juin 1892, a insisté sur l'importance des adhérences abdominales diverses comme causes de maintes maladies à forme de coliques, et parmi les observations qu'il cite, quelques-unes ont trait à des adhérences de la vésicule biliaire. A. Fraenkel, qui en a observé deux cas, que nous reproduisons (obs. XVII et XVIII) est d'avis aussi que chez ses deux malades les adhérences étaient la seule cause des phénomènes pathologiques, vu la disparition de ceux-ci après libération des adhérences; bien plus, cet auteur se demande si, même quand il y a des calculs, les douleurs ne doivent pas être rapportées en majeure partie à des adhérences semblables qui sont constantes dans la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire, s'accompagnant d'irritation péritonéale est en effet une étiologie assez habituelle d'adhérences localisées à la région. Tel est le cas probablement dans les deux observations XIV et XV, que nous avons empruntées au mémoire de Riedel (d'Iéna), et que nous avons rapportées au chapitre précédent, vu l'indétermination de la nature des coliques occupant tout un côté de l'abdomen, et la prédominance dans les deux cas des adhérences du gros intestin. L'auteur attribue, comme nous l'avons fait remarquer à leur propos, ces dernières au processus inflammatoire intestinal, mais il admet que les adhérences de la vésicule ont été consécutives, elles, à des calculs biliaires.

Dans de telles conditions, quand il y a simultanément des *calculs* et des *adhérences*, l'analyse des phénomènes devient très difficile, et même il n'est pas possible de faire la part de chacun des deux éléments dans la production des douleurs.

La question en somme n'est pas moins complexe que pour l'estomac. Il faudrait, pour la trancher nettement, posséder un plus grand nombre d'observations, dans lesquelles une péritonite par exemple, disparue, totalement guérie aurait été le point de départ des adhérences de la vésicule, et observer dans ces cas quels sont les symptômes, en l'absence *certaine* de calculs. Nous ne pouvons ici que nous contenter d'adopter l'opinion des quelques auteurs cités ci-dessus, et d'admettre avec eux que des adhérences de la vésicule, seules, produisent des accès douloureux semblables à ceux de la lithiase biliaire, à tel point que, comme le dit Riedel (d'Iéna), le diagnostic différentiel est impossible : « Les deux affections sont en

vérité bien identiques au point de vue des accès douloureux; les calculs produisent ordinairement des douleurs plus fortes que les adhérences, c'est la seule chose que nous puissions appliquer au diagnostic différentiel. Le fait de reconnaître d'une façon certaine des adhérences est évidemment presque impossible, d'autant plus que des calculs produisent bien aussi souvent des incommodités assez légères. »

Cette apparition de coliques vésiculaires sous l'influence d'adhérences simples peut du reste s'expliquer. Outre que les *tiraillements, la gêne dans les contractions de l'organe, les déplacements possibles, les modifications de forme*, etc. (toutes conditions, sur lesquelles nous avons insisté dans les chapitres précédents à propos de l'estomac et de l'intestin) interviennent probablement pour produire au moins des sensations douloureuses vagues, nous croyons logique d'admettre que, lorsque la vésicule biliaire est adhérente, les adhérences gênant cet organe dans l'évacuation de son contenu (et il n'est pas besoin pour cela que ces adhérences produisent un rétrécissement des voies biliaires), la vésicule doit entrer en *spasme*, spasme propagé en même temps aux canaux, par réflexe, et de ce spasme résulte la crise douloureuse. Etant donné, d'autre part, que c'est après le repas que la vésicule déverse dans l'intestin la bile qu'elle tient en réserve, c'est à ce moment que le spasme apparaîtra; c'est également après le repas qu'apparaît la colique hépatique sous l'influence du calcul qui, chassé de la vésicule en même temps que le contenu de celle-ci, provoque les douleurs par son passage dans les canaux biliaires. Rien ne

manque pour rendre le tableau clinique identique dans les deux cas.

A l'appui de cette hypothèse, nous citerons l'opinion de M. Lépine¹ qui, rejetant la théorie classique d'après laquelle la colique hépatique ne se produit qu'avec des calculs ou des corps étrangers dans les voies biliaires, admet, au contraire, la colique hépatique avec tout son cortège symptomatique *produite par un simple spasme*, sans corps étranger. Il base sa théorie sur trois ordres de preuves :

1° Des preuves cliniques, par exemple la fréquence de la colique hépatique chez les hystériques, sans qu'on ait jamais pu retrouver de calculs dans les selles ;

2° Des preuves anatomo-pathologiques ;

3° Des preuves expérimentales.

M. Lépine est donc d'avis qu'il faut admettre la possibilité d'un spasme prolongé des voies biliaires, qui peut s'accompagner de douleurs et donner le tableau de la colique hépatique.

Il n'est donc pas inadmissible de rapporter au spasme de la vésicule, et peut-être en même temps de tout le système biliaire, spasme né sous l'influence d'adhérences pathologiques, les symptômes décrits dans les observations.

Ces observations, avons-nous dit, ont été publiées comme exemples de phénomènes douloureux engendrés par des adhérences de la vésicule. Elles ne sont peut-être pas toutes probantes ; nous les donnons sous cette réserve.

¹ Lépine, Coliques hépatiques sans calculs. (*Lyon médical*, 18 février 1894.)

Nous tenons aussi à faire remarquer dès maintenant que la vésicule biliaire étant normalement située à la face inférieure du foie, en rapport par sa face inférieure elle-même avec la deuxième portion du duodénum et le côlon transverse, les adhérences intéressent presque fatalement l'un ou l'autre de ces organes, quelquefois aussi l'épiploon; il en résulte des troubles gastriques ou des troubles intestinaux, ce qui rend plus complexe la symptomatologie de tels cas.

OBSERVATION XVI

(Knowsley Thornton. — The surgical treatment of diseases of the liver; *British med. journal*, 18 novembre 1886.)

Il s'agit d'une malade qui avait été vue par plusieurs des principaux médecins et chirurgiens de Dublin; on avait posé le diagnostic de *coliques par calculs biliaires avec forte congestion du foie*. La malade était très épuisée, ayant souffert de plusieurs attaques successives très violentes. Appelée en vue d'une intervention le chirurgien constate une tumeur qui paraissait être la vésicule fortement distendue; le foie très large s'étendait à droite presque jusqu'au bord pelvien. Laparotomie. On tombe sur une *masse d'adhérences formées par l'épiploon et par le ligament suspenseur du foie, adhérents à la surface du foie et au péritoine pariétal*. La tumeur n'était point la vésicule biliaire, mais le bord arrondi du lobe droit augmenté par cette masse embrouillée d'adhérences. A environ 2 centimètres et demi de la ligne médiane de l'abdomen, la surface du foie était complètement adhérente au péritoine pariétal; profondément, en bas du côté de la fosse iliaque droite, on trouve la vésicule biliaire avec sa paroi épaissie, *sa surface postérieure adhérente au péritoine pariétal postérieur et son extrémité inférieure unie au ligament large droit par une lame très dense de tissu conjonctif*, aussi

épais que le pouce. Malgré le plus soigneux examen, on ne trouve pas de calculs dans la vésicule ou dans les canaux. La question se posa alors de savoir si la forte adhérence de l'extrémité de la vésicule pouvait être la cause des coliques en empêchant la contraction de celle-ci et si on devait la sectionner. Par crainte de faire plus de mal que de bien par une intervention de cette espèce, au fond de la cavité abdominale, on décide de laisser les choses en place, *en se contentant de libérer le ligament suspenseur et de séparer l'épiploon adhérent du foie, du ligament et des parois abdominales.*

La malade guérit très bien, et n'eut plus de douleurs. Quelque temps après l'opération, elle était en parfaite santé ; le foie avait repris sa place normale. Avant l'opération la malade soumise au meilleur traitement médical, n'en avait au contraire ressenti aucune amélioration.

Les adhérences étaient la conséquence d'une péritonite puerpérale ancienne de plusieurs années.

Quoique, dans cette observation, la description des symptômes douloureux manque totalement, on peut du moins admettre qu'ils devaient être ceux de crises hépatiques, puisque le diagnostic avait été porté de coliques par calculs biliaires. Or, dans l'opération, on ne touche pas aux adhérences de la vésicule, et pourtant les crises douloureuses cessent après l'intervention chirurgicale. Peut-être faut-il attribuer au déplacement du foie, provoqué par la masse embrouillée d'adhérences entre l'épiploon, le ligament suspenseur et les parois abdominales, la production des douleurs, et leur disparition à ce que, après l'opération, le foie reprend sa place normale. Le fait est presque inexplicable. Un fait non moins curieux est la constatation de l'absence totale de vésicule, dans l'un des deux cas suivants :

OBSERVATIONS XVII et XVIII

(Alexander Fraenkel, *Centralblatt für Chirurgie*, 1892.)

J'eus dans ces derniers temps l'occasion d'assister à deux opérations, pour des cas où *tous les symptômes paraissaient indiquer qu'il s'agissait de coliques hépatiques graves*, mais par l'intervention chirurgicale *on ne put constater autre chose que des adhérences qui s'étendaient de l'épiploon voisin à la région de la vésicule biliaire*. C'est à dessein que je dis région de la vésicule et non vésicule même, car dans l'un des cas, on constata avec surprise que la vésicule faisait totalement défaut.

Ce cas concerne un collègue qui depuis six ans souffrait d'accès de coliques intermittentes, qui par leurs symptômes donnaient l'image absolue de coliques hépatiques, et à cause desquels le malade avait tenté sans résultat des cures répétées à Carlsbad. Au syndrome de la colique hépatique tel qu'il se présente dans les cas où une opération est indiquée, manquait seulement la rétention de la bile dans la vésicule sous forme d'une tumeur palpable sur le bord du foie. De même dans le second cas. Un degré variable mais jamais accentué d'ictère, une tuméfaction du foie dépassant environ de 3 travers de doigt les fausses côtes étaient les seuls faits en faveur d'une rétention biliaire chez notre malade. Dans les deux cas, l'accès débutait par des symptômes stomacaux, des douleurs gastriques, et la région du foie ne devenait le siège précis des douleurs que loin dans le cours de la crise. Tandis que, chez le premier des deux malades, les accès au commencement de la maladie duraient deux ou trois heures, et restaient d'abord séparés par de longs intervalles, pour s'étendre dans les derniers temps jusqu'à douze et quatorze heures, et se montrer à des intervalles plus courts, chez le second malade les accès se montrèrent dès le début, d'une durée extraordinairement longue (douze à quatorze jours). Ce dernier malade prétend avoir remarqué aussi dans ses selles assez souvent un mélange ayant l'aspect d'un *sable noirâtre* qui fut considéré par son médecin, comme de petits calculs.

La gravité extraordinaire et la longue durée des phénomènes, en même temps que l'insuccès des traitements médicaux, indiquaient suffisamment dans les deux cas une opération. Dans aucun des deux cas on ne trouva de calculs dans les canaux, ni nulle part. Chez le premier malade on trouva *une adhérence épiploïque qui menait à une callosité tenant la place de la vésicule* ; chez le second, on trouva une vésicule biliaire mince, transparente, nullement agrandie, mais *au pôle inférieur de laquelle s'étendait une adhérence épiploïque assez large*. On se contenta de la section des adhérences épiploïques, avec suture, à l'aide de quelques points de soie, de la surface de section de l'épiploon.

La suite de l'intervention fut dans les deux cas de tous points satisfaisante. Les malades sont entièrement délivrés de leurs douleurs, et le premier des deux, opéré déjà depuis cinq mois, a repris en bonne santé ses occupations de médecin.

OBSERVATION XIX

(Riedel, d'Iéna, *loc. cit.*)

K..., vingt-trois ans, entré le 20 juillet 1893. Parents bien portants. Enfance souffreteuse : à côté des diverses maladies de l'enfance, a eu à l'âge de cinq ans, une fièvre typhoïde grave ; puis il reste longtemps retardé dans sa croissance ; à dix ans à cause de sa faiblesse de constitution, il est envoyé à la campagne pour y être élevé. A seize ans, affection pulmonaire qu'on ne peut pas bien préciser.

■ En 1889, se firent sentir des douleurs d'estomac qui furent rapportées par les médecins à du catarrhe gastrique avec dilatation d'estomac.

Le malade se plaint de pesanteur et de douleurs dans la région de l'estomac après absorption d'une foule d'aliments pris en petite quantité, il se plaint en outre de vomissements, surtout le matin de bonne heure et à l'occasion de mouvements, de même encore de renvois à saveur aigre *et fréquemment de coliques qui augmentèrent une fois, jusqu'à devenir insupportables*.

L'appétit fait défaut; le malade a beaucoup maigri. On prescrit une rigoureuse diète, pas d'aliments gras et acides; un séjour dans une station balnéaire lui fit beaucoup de bien et l'état de santé fut très satisfaisant pendant l'hiver.

En mai 1890, les douleurs recommencèrent de nouveau, mais cette fois plus de coliques.

Lavage quotidien et électrisation de l'estomac; puis cure dans la même station balnéaire avec même suite favorable pour l'hiver 1890-91. Au printemps suivant, nouvelle rechute; cure à Carlsbad, avec succès; la santé reste bonne, à part quelques récidives insignifiantes jusqu'au printemps de 1893; après quoi l'ancienne douleur se rétablit de nouveau.

Le malade réclame énergiquement une intervention chirurgicale pour être débarrassé de ses douleurs. L'examen ne donne aucun résultat. La région de la vésicule biliaire était sensible à la pression, mais on ne pouvait sentir aucune tuméfaction à son niveau. Le malade, vu l'absence de diagnostic certain, est renvoyé chez lui; *on avait pensé à des adhérences*, cependant on devait mettre aussi en ligne de compte la possibilité de calculs biliaires. Bientôt le malade reparut, réclamant énergiquement l'opération.

Opération, le 23 juillet 1893. — Incision sur la ligne médiane. *On trouve la vésicule biliaire de haut en bas entourée d'épiploon*; elle est souple, et se développe selon sa forme après la section des adhérences; elle ne renferme pas de calculs. Plus loin *l'épiploon adhère au duodénum, lequel semble attiré très loin vers la vésicule biliaire*. Le pylore ne semble pas pathologique, quoique hyperhémie; pas de dilatation d'estomac.

L'opération se borne donc à libérer la vésicule et le duodénum, puis suture de la paroi abdominale. Un éclatement de la suture abdominale, suivi d'un petit abcès, retarde la guérison, et le malade ne put être congédié que le 16 septembre. Mais il se remit promptement; le 21 octobre, toute incommodité avait disparu; appétit excellent, selles régulières. Au nouvel an 1894, le malade est tout à fait bien.

Dans cette dernière observation, ce sont les troubles

gastriques qui semblent dominer, à part les *coliques*, du reste indéterminées, qui ont apparu à plusieurs reprises. On ne s'explique pas très bien comment l'auteur avait admis des adhérences de la vésicule (lesquelles en réalité existaient) ou des calculs biliaires. Le fait que l'auteur l'a publié dans son mémoire, comme observation d'adhérences de la vésicule, nous a déterminé à la placer toutefois dans ce chapitre.

En somme, de ces quelques cas, que pouvons-nous conclure ? Que, selon toute vraisemblance, les adhérences de la vésicule biliaire, comme celles de l'estomac et de l'intestin peuvent produire des phénomènes douloureux, quelquefois très intenses, lesquels apparaîtraient sous forme d'accès intermittents, de durée variable, analogues aux coliques hépatiques véritables. Sur ce dernier point cependant, la description trop peu détaillée des symptômes, en même temps que le nombre restreint de cas observés, ne permettent pas des conclusions absolument nettes et affirmatives.

CHAPITRE V

Diagnostic.

De l'étude que nous venons de faire dans les trois précédents chapitres, il ressort assez nettement que le plus souvent le diagnostic de la véritable cause des phénomènes observés, est entouré des plus grandes difficultés, pour ne pas dire impossible. Nous verrons que la question du diagnostic se ramène surtout à celle de l'indication de l'intervention chirurgicale.

Le diagnostic comprend en réalité deux points :

1° Existe-t-il des adhérences ?

2° Ces adhérences sont-elles la cause véritable et *unique* des phénomènes pathologiques constatés ?

Essayons de résoudre chacun de ces points pour les trois organes que nous avons étudiés, c'est-à-dire l'estomac, l'intestin et la vésicule biliaire.

A. **Estomac.** M. Bouveret ¹ admet qu'on a le droit de dire qu'il existe des adhérences stomacales :

¹ Communication orale.

1° Quand il existe un processus ancien de l'estomac (cancer ou ulcère) ;

2° Quand, *par l'insufflation*, on constate que l'estomac au lieu de se dilater régulièrement est déformé plus ou moins, ou que le *pylore* reste immobilisé derrière les fausses côtes droites.

Cette immobilisation du pylore quand il est adhérent est un fait que prouvent encore les expériences d'un auteur allemand, Angerer¹, qui a conclu d'après seize cas que le pylore non adhérent se déplace à droite et en bas par l'insufflation de l'estomac, et que, *s'il y a des adhérences, le pylore reste immobile, ou bien se déplace à gauche et en haut.*

Voilà donc un bon moyen de diagnostiquer l'existence d'adhérences, soit des parois stomacales à la paroi abdominale, soit de la région pylorique. Mais le premier point seul est résolu, et il reste encore à savoir si les adhérences sont la cause unique des phénomènes observés. Cela revient en somme à éliminer la coexistence d'une autre affection, c'est-à-dire à procéder par exclusion. Les divers symptômes que présentent les malades n'ont rien de caractéristique et peuvent être rapportés à bon nombre d'autres affections. Nous ne pouvons pas ici faire un diagnostic différentiel des diverses affections gastriques susceptibles de donner naissance à des troubles analogues. Il nous suffira de parler du cancer et de l'ulcère.

Le cancer bien caractérisé, avec ses symptômes classiques, accompagné de cachexie, ne peut évidemment être

¹ Angerer, Bemerkungen über die Diagnose und Indication zur operation der Pylorusstenose (*Centrabl. f. Chir.*, 1889).

confondu avec l'affection qui nous occupe, mais pendant les quatre ou cinq premiers mois, le cancer est souvent latent, et ne donne lieu qu'à des symptômes peu caractéristiques, quelques troubles dyspeptiques, et un amaigrissement qui n'est pas de la cachexie. L'on ne peut tirer une conclusion précise de l'examen du chimisme stomacal, lequel n'a pas une valeur absolue. Dans ce cas l'on pourra tirer une bonne indication de la durée de l'affection ; le plus souvent lorsqu'on se trouve en présence de cas analogues à ceux que nous avons étudiés, le malade souffre et vomit depuis longtemps ; le cancer n'excède guère au contraire quatorze à dix-huit mois, et le malade en outre est ordinairement plus âgé.

Quand les adhérences sont la conséquence d'un ulcère et c'est, nous l'avons dit, le cas le plus fréquent pour l'estomac, il faut éliminer l'existence actuelle de l'ulcère, c'est-à-dire avoir des raisons de supposer cet ulcère guéri. La douleur, si elle est due à un ulcère, est plus aiguë que dans le cas d'adhérences simples : en outre dans ce dernier cas, le malade n'a plus eu d'hématémèses depuis longtemps, toutefois ce signe n'a que peu de valeur.

Mais même si l'on arrive à soupçonner la guérison de l'ulcère, comme il y a chez presque tous nos malades de la rétention gastrique, il est bien difficile de dire si cette rétention n'est pas sous la dépendance d'une sténose pylorique produite par la cicatrice de l'ulcère primitif. Le diagnostic restera donc nécessairement hésitant, mais dans tous les cas, l'indication est la même, il faut intervenir chirurgicalement.

B. Pour l'intestin il n'existe pas, comme pour l'esto-

mac, de moyens d'exploration permettant de conclure à l'existence d'adhérences, et par conséquent ici, ni l'un ni l'autre point du diagnostic ne pourra être résolu d'une façon formelle.

Mais au moins la symptomatologie est moins complexe que pour l'estomac : En face d'accidents consistant en accès intermittents de coliques, le plus souvent localisées en un point de l'abdomen, survenant quelques heures après le repas, le clinicien sera naturellement amené à supposer qu'il existe un obstacle au passage des aliments que cet obstacle soit le résultat d'une résistance anatomique ou simplement fonctionnelle, c'est-à-dire qu'il y ait ou non une diminution de calibre à ce niveau. Cette hypothèse sera d'autant plus vraisemblable que les douleurs seront plus vives, et qu'il viendra s'y joindre des phénomènes de constipation, du ballonnement du ventre, etc., à mesure par conséquent que les symptômes se rapprocheront davantage de l'occlusion intestinale.

Il reste alors à déterminer la nature de l'obstacle. Cet obstacle est-il dû à des adhérences ? Là est le point difficile. Jänicke prétend que, quand les intestins sont dans un état de replétion moyenne, les adhérences peuvent être senties assez distinctement sous forme d'indurations qu'on retrouve exactement à la même place à chaque nouvel examen. Ce moyen de diagnostic doit être au moins infidèle, et dans la plupart des cas il est au contraire bien difficile de percevoir quelque chose de net ; mais par la palpation l'on peut néanmoins, constater dans la majorité des cas, l'absence d'une tumeur, à laquelle l'on pourrait rapporter les phénomènes par compression de l'intestin.

Le diagnostic restera donc hésitant entre deux hypo-

thèses : des adhérences, ou un rétrécissement fibreux à la suite de la cicatrisation d'ulcérations de natures diverses, dont les plus fréquentes sont les ulcérations typhoïdes, tuberculeuses et dysentériques.

Ces rétrécissements fibreux, bien étudiés par Pouzet dans sa thèse inaugurale¹, donnent à peu près les mêmes symptômes que les adhérences.

Ce n'est qu'en s'aidant des antécédents du malade, suivant qu'ils seront en faveur de l'existence d'adhérences, ou au contraire d'un rétrécissement par cicatrice rétractile, que l'on pourra pencher vers l'une ou l'autre hypothèse. L'indication est du reste la même dans les deux cas, et une laparotomie exploratrice s'impose, pour rechercher et faire disparaître une cause pouvant amener un jour ou l'autre une véritable occlusion.

C. Pour la **vésicule biliaire**, nous avons admis que les adhérences pouvaient donner naissance à des phénomènes douloureux analogues aux coliques hépatiques véritables. C'est donc avec cette dernière affection qu'il faudra faire le diagnostic différentiel. Pour Riedel (d'Iéna), nous l'avons déjà dit, ce diagnostic est impossible. En outre, suivant cet auteur, les adhérences de la vésicule peuvent être confondues avec le foie syphilitique, car dans cette affection, « le foie n'est pas toujours augmenté de volume; le malade accuse dans la région hépatique des douleurs vagues, et de temps en temps des attaques douloureuses violentes, de sorte que, en l'absence de données

¹ Pouzet, *Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle*. Th. de Paris 1877.

anamnestiques précises, le diagnostic n'est guère possible. » Là, encore, par conséquent, les antécédents du malade seront de la plus haute importance, en permettant ou d'éliminer la syphilis, ou de constater une péritonite antérieure ou une affection ayant pu laisser à sa suite des adhérences dans cette région ; si en même temps on ne peut trouver de calculs dans les selles ni dans les vomissements, l'on pourra soupçonner au moins la véritable cause.

Le diagnostic sera naturellement d'autant plus difficile, que les adhérences seront non plus limitées à un seul organe, mais étendues à la fois à l'estomac et à l'intestin, ou à la vésicule biliaire et au côlon transverse. Dans ce dernier cas notamment, les douleurs s'étendent à tout le côté droit de l'abdomen ; les accès douloureux intenses, pendant lesquels toute pression sur l'abdomen, même celle des vêtements, est une cause de malaises, alternent avec des périodes de santé presque parfaite, à part la constipation, qui est la règle. Mais, plus les adhérences seront étendues, et plus les symptômes présenteront ordinairement de gravité ; plus, par conséquent, se trouvera indiquée une laparotomie exploratrice.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici de l'indication que l'on peut tirer du *traitement*. Elle est pourtant de la première importance, car le fait que, soit pour l'estomac, soit pour l'intestin, soit pour la vésicule biliaire, les *divers traitements médicaux* tentés sont restés absolument infructueux, est un indice que la cause des accidents est d'ordre mécanique, et justiciable exclusivement d'une intervention chirurgicale. Et c'est, en somme, à poser une indication

suffisante de cette intervention chirurgicale que doit viser le diagnostic. S'il est impossible de poser un diagnostic certain d'adhérences, et d'adhérences seules, comme unique cause de tous les accidents, on peut arriver par exclusion à éliminer un certain nombre d'affections et à n'hésiter qu'entre deux ou trois hypothèses, pour lesquelles l'intervention logique est la laparotomie exploratrice.

CHAPITRE VI

Traitement. — Résultats éloignés.

La libération des adhérences après laparotomie est *a priori* le traitement logique, puisque naturellement en supprimant la cause des divers phénomènes, elle fait disparaître aussi ces derniers.

Si dans quelques cas un diagnostic certain est possible, c'est à ce procédé thérapeutique qu'il faudra donc avoir recours. Mais, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, dans la plupart des cas un diagnostic ferme ne peut être posé : nous nous sommes montré partisan, dans ces cas, de la laparotomie exploratrice, laquelle sera suivie de la libération des adhérences, si celles-ci existent et sont la cause des troubles observés.

A l'appui de cette opinion nous citerons celle de quelques auteurs qui sont d'avis également de faire une laparotomie exploratrice en pareil cas. Pour Terrier, lorsqu'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique sans profit pour le malade, on est autorisé à pratiquer une laparotomie exploratrice, qui ne sera du reste le plus souvent

que le premier temps d'une intervention plus complète, laquelle variera suivant la lésion trouvée.

Tel est aussi l'avis de Mayo Robson, qui considère comme prudent, dans les cas de douleurs abdominales intenses dont l'origine semble obscure et qui n'ont pu être amendées par un traitement médical, d'ouvrir l'abdomen pour éclaircir le diagnostic, et alors d'adopter le traitement qui semble indiqué.

Crédé et Lauenstein, que nous avons cités à propos des adhérences de l'intestin, admettent également enfin qu'il faut opérer, sinon dans tous les cas, du moins lorsque les douleurs reviennent régulièrement et revêtent une certaine intensité, car cela prouve qu'il existe en un point un obstacle au cours des matières, obstacle qui pourra entraîner un jour un véritable étranglement.

Cependant quelques auteurs ne vont pas si loin. A. Jänicke (de Breslau) préconise comme traitement, outre un régime alimentaire approprié et des mesures ayant pour but d'obtenir des évacuations alvines régulières, l'application répétée de révulsifs (vésicatoire, teinture d'iode) afin d'amener et d'activer la résorption des adhérences, ainsi que l'emploi d'émissions sanguines locales (sangsues) destinées à combattre les exacerbations inflammatoires qui ne manquent jamais de se produire de temps à autre au niveau des brides cicatricielles. Ce traitement lui aurait donné des succès.

Bien plus, Roux (de Lausanne) ¹ prétend que les adhé-

¹ Réunion des médecins suisses à Lausanne, mai 1895 (*Médecine moderne*).

rences intestinales peuvent disparaître spontanément, même quand elles semblent très solides, après un temps relativement faible et sans laisser de traces, et l'opinion de cet auteur est basée sur un cas d'iléus à récidives qu'il a opéré successivement trois fois.

C'est aussi ce que prétend Nicaise : certaines adhérences s'amincissent, s'allongent, finissent par disparaître peu à peu, donc ne pas trop se hâter d'intervenir chirurgicalement.

Nous nous trouvons donc en présence d'opinions qui varient à l'extrême, puisque les uns sont partisans d'un traitement médical, les autres partisans de l'opération, même lorsque le diagnostic est incertain.

En réalité, nous croyons qu'il faut faire entrer en ligne de compte une considération de la plus haute importance, à savoir: mettre en balance l'intensité des troubles éprouvés par le malade et la gravité de l'intervention. Il est évident que dans le cas où les malades n'auront présenté que de légers troubles gastriques ou intestinaux, qui permettront, après avoir éliminé toutes les autres hypothèses, de soupçonner l'existence d'adhérences légères, n'amenant qu'une insignifiante perturbation dans les rapports normaux des viscères, que non seulement la vie, mais même la santé du malade n'en seront pas en danger, on pourra songer au traitement médical, soulager les douleurs par l'application d'anesthésiques locaux et aider à la résorption des néo-membranes par les divers révulsifs combinés à un massage bien conduit. Mais lorsque l'état du malade est grave, et qu'il dure depuis longtemps, s'accroissant de jour en jour, pouvant aboutir à un amaigrissement exagéré et à l'emaciation complète; quand on se trouve en

présence de douleurs constantes qui ne laissent pas au malade un instant de repos, et lui rendent la vie insupportable, l'intervention chirurgicale, rendue bénigne en somme par les progrès de l'antisepsie moderne, est indispensable, et il y aurait même de la négligence à ne pas y avoir recours, car elle apparaît alors comme suprême ressource.

Ici se pose une objection : *la guérison obtenue par la laparotomie et la section des adhérences est-elle complète et définitive?* Les uns répondent oui, en se basant sur leurs observations (Nicaise, Mayo Robson); d'autres (Riedel), plus réservés, tout en reconnaissant que les opérations ont presque toujours eu un bon résultat immédiat, émettent l'idée que, pour ce qui concerne les résultats éloignés, les observations sont ordinairement muettes, les malades ayant été perdus de vue, et le temps d'observation du malade après l'intervention chirurgicale n'ayant pas été suffisant pour permettre d'apprécier le résultat définitif.

Il est de fait que dans quelques-unes des observations on voit au bout de quelque temps les phénomènes primitifs réapparaître. Il est probable que dans ce cas les adhérences se sont reproduites.

Bien plus, la laparotomie elle-même est une cause de production d'adhérences. Dans les interventions de ce genre, pour quelque cause que ce soit, la production d'adhérences après l'ouverture de l'abdomen et du péritoine est très fréquente. Il faut donc se mettre à l'abri de la reproduction des adhérences.

Mayo Robson prétend qu'il n'est pas difficile de préve-

nir cette reproduction des adhérences, surtout quand celles-ci s'étaient formées entre des organes qui, dans les conditions normales, sont éloignés l'un de l'autre. Même on réussit à empêcher la reproduction d'adhérences entre le pylore et le foie si l'on a soin d'arrêter toute hémorragie post-opératoire, d'écarter un peu ces deux organes l'un de l'autre, enfin de bien nettoyer et de bien sécher leur surface.

Kelterborn ¹ ayant constaté par des expériences sur les lapins et les chiens qu'après l'application de pointes de feu sur le foie, l'estomac et l'intestin, la cicatrice était lisse, qu'il n'y avait pas d'adhérences, en conclut que l'emploi du thermo-cautère dans la libération des adhérences est le meilleur moyen pour éviter leur reproduction.

Cette reproduction dépend en somme de ce que, après la libération des adhérences, deux surfaces plus ou moins cruentées se trouvent en présence ; c'est donc en supprimant ces surfaces cruentées que l'on évitera le plus sûrement les adhérences possibles ultérieures.

M. Condamin a décrit récemment, sous le nom de *péritonisation des pédicules intra-abdominaux* ², un procédé qui consiste à recouvrir la surface cruentée de ceux-ci par une collerette de séreuse péritonéale, procédé constamment employé dans la clinique de M. le professeur Laroyenne, et qui met à l'abri des adhérences de ces pédicules avec les organes voisins ou du moins les rend beaucoup plus

¹ Kelterborn, Du mode de formation des adhérences péritonéales après la laparotomie (*Centralb. für Gynækol.*, 1890).

² R. Condamin, De la péritonisation des pédicules intra-abdominaux (*Lyon médical*, 1895).

rares et moins graves. On procède en adossant les bords de la séreuse par une suture en surjet au catgut fin, suture à points assez rapprochés et qui ne doit intéresser que le péritoine et la lame conjonctive qui le double.

Il semble que ce procédé soit applicable après la libération des adhérences, au moins quand celles-ci ne sont pas trop étendues en surface ; en faisant une réduction du péritoine, de façon à adosser séreuse contre séreuse et à ne laisser aucun point découvert ; les adhérences se reproduiront avec beaucoup moins de facilité, puisque la condition nécessaire à leur production est l'existence d'un point dépourvu d'épithélium.

De cette façon on peut obtenir les meilleurs résultats de l'intervention chirurgicale, dans les cas que nous avons étudiés. Cette intervention sera moins facile dans le cas d'adhérences diffuses étendues ; mais dans le cas d'adhérences circonscrites on peut obtenir le succès complet. Riedel a insisté sur ce fait ; il a obtenu d'excellents résultats dans le cas d'adhérences limitées. Les interventions qui ont eu le moins de succès ont été pratiquées dans le cas d'adhérences diffuses du gros intestin ; cependant certains opérés ont été notablement améliorés, quelques-uns même complètement guéris.

CONCLUSIONS

Les adhérences qui se produisent dans les différentes parties du péritoine, à la suite des inflammations diverses de ce péritoine même ou des organes qu'il enveloppe, peuvent, alors que la lésion primitive a disparu, devenir la cause de phénomènes douloureux et de troubles fonctionnels qui varient suivant les organes intéressés :

I. Les adhérences *des parois stomacales* aux organes voisins ou aux parois abdominales produisent des phénomènes douloureux, mal caractérisés, mais nettement sous la dépendance du péristaltisme stomacal, pendant lequel l'organe est tirillé.

Consécutivement à la perturbation causée dans le fonctionnement normal, peut-être par l'intermédiaire même d'une lésion secondaire, telle que la dilatation ou le catarrhe, les adhérences stomacales sont la cause de troubles gastriques graves pouvant aboutir par l'amaigrissement

rapide et la perte des forces à la détérioration complète de la santé.

II. Les adhérences plus ou moins étendues *de l'intestin grêle* ou *du côlon* engendrent également des phénomènes douloureux. Parmi ceux-ci il faut distinguer ceux qui sont dus aux tiraillements que subissent les anses intestinales, et ceux qui résultent de véritables coliques, conséquence directe de la gêne apportée au cours régulier des aliments.

A ces phénomènes douloureux alternant avec des périodes de santé presque parfaite, peuvent se joindre des troubles digestifs plus ou moins accentués, et l'occlusion véritable peut, un beau jour, apparaître dans toute sa gravité, même sans qu'il y ait, du fait des adhérences, véritable diminution du calibre de l'intestin à leur niveau.

III. Les adhérences *de la vésicule biliaire* peuvent être le point de départ d'accès douloureux, lesquels seraient analogues aux coliques hépatiques véritables par calculs. Sur ce point cependant le nombre trop restreint des observations indiscutables ne permet pas des conclusions absolument affirmatives.

IV. Les adhérences peuvent intéresser à la fois plusieurs viscères. Il est inutile de dire que la symptomatologie n'en est que plus complexe, puisque les différents viscères intéressés sont le siège de troubles.

V. Le diagnostic est, dans la plupart des cas, impossible ; mais par élimination et avec l'aide des antécédents du malade permettant de soupçonner l'existence d'adhé-

rences, on peut arriver à poser, ce qui nous paraît l'essentiel, l'indication nette d'une laparotomie exploratrice.

VI. Le seul traitement rationnel est la libération des adhérences. Les résultats immédiats sont excellents ; les résultats éloignés, dans la majorité des cas, ne laissent rien à désirer. L'on peut du reste se mettre à l'abri de la reproduction ultérieure des adhérences, si l'on a soin de *péritoniser* la surface cruentée, c'est-à-dire de la recouvrir complètement de péritoine sain, en adossant séreuse contre séreuse par une suture à points rapprochés.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :
LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Angerer, Bemerkungen über die Diagnose und Indication zur Operation der Pylorusstenose (*Centralblatt. f. chir.*, 1889).
- Bazy, *Bull. de la Soc. de chir.*, oct. 1894.
- Boiffin, Hernies adhérentes au sac (th. de Paris, 1887).
- Bouveret, Traité des maladies de l'estomac, Paris, 1893.
- Codivilla, *Gazetta degli Ospitali*, septembre 1888.
- T. Clifford Allbutt, De la dilatation d'estomac et de son traitement. (*British med. journal*, février 1880).
- Condamin, Notes de Gynécologie, De la Péritonisation des pédicules intra-abdominaux (*Lyon Médical*, 1895).
- Convers, Des mouvements de l'estomac (th. de Lyon, 1882).
- Courdy, Dissertation sur la hernie épiploïque (th. de Paris, 1847).
- Crédé, Traitement chirurgical des coliques chroniques graves, XVI^e Congrès des chirurgiens allemands. (*Revue des Sciences médicales*, de Hayem, t. XXXI.)
- Defaye, Histoire anatomique des inflammations adhésives (th. de Paris, 1839).
- Debelut, Des adhérences dans le cancer de l'estomac (th. de Paris, 1880).
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. t. II. Art. Adhérences.
- W. Easterly Ashton, Pathologie des obstructions intestinales consécutives aux opérations abdominales et pelviennes. (*The Medical News*, 30 juillet 1892.)
- Ebstein, Einige Bemerkungen zur Lehre von der Nichtlusfähigkeit des Pylorus. (*Deutsch. Arch. fur. Klin. med.*, Bd. XXVI, 1880.)
- A. Fraenkel, Contribution à la chirurgie des voies biliaires. (*Centralb. f. chir.*, 1892.)

- G. W. Gay, *Boston med. Journal* (13 janvier 1887.)
- N. Hallé, De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin (*Revue de chirurg.*, 1887.)
- Hussenstein, De la Douglassite essentielle (th. de Lyon, 1895).
- A. Jänicke, Des adhérences intestinales chroniques chez les femmes, XI^e Congrès international des sciences médicales tenu à Rome : mars-avril 1894 (*Semaine médicale*.)
- Kelterborn, Du mode de formation des adhérences péritonéales après la laparotomie. (Cent. f. Gynæk, 1890.)
- Knowsley Thornton, The surgical treatment of diseases of the Liver (*British med. Journal*, novembre 1886.)
- Lavalette, Sur l'épiplocèle (th. de Paris, 1817).
- Landerer, *Berlin Klin. Wochenschrift*, octobre 1893.
- Lauenstein, Brides épiploïdes et adhérences dans l'abdomen comme causes de coliques graves. XXI^e Congrès des chir. allemands. (*Cent. fur chir.*, 1892.)
- Lawson Tait, *Medical Times*, 19 juillet 1884.
- J. Lemaistre, *Journal Soc. de Med. Haute-Vienne*, 1888.
- Lépine, Coliques hépatiques sans calculs. (*Lyon médical*, février 1894.)
- Leven, Des mouvements de l'estomac (*Gazette méd.*, déc. 1875.)
- Lucas-Championnière, *Bull. de la Soc. de chir.*, octobre 1894.
- Mayo Robson, *Transactions of the clinical Society of London*, 1894.
- Nicaise, Des adhérences péritonéales douloureuses. (*Revue de Chir.*, 1894.)
- Pipelet, Remarques sur les signes illusoires des hernies épiploïques (*Memoires de l'Acad. Royale de chir.*, 1774.)
- Pouzet, Des rétrécissements fibreux de l'intestin grêle (thèse de Paris, 1877).
- Riedel (d'Iena), Über Adhäsiventzündungen in der Bauchhöhle. (*Arch. für Klin. chir.*, Bd. XL, 1894.)
- Roux (de Lausanne). Réunion des médecins suisses à Lausanne, mai 1895 (*Médecine moderne*.)
- Terrier, *Bull. de la Societe de chir.*, octobre 1894).

